

**UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA**  
**Instituto de Ciências Humanas**

Curso de Psicologia

**CIRURGIA BARIÁTRICA: Atuação do Psicólogo**

Enaiady Raquel Alves Perin	T0881F5
Geisiane Aline Moreira	N676EA0
Jaqueline de Castro Caetano	F33EFC4
Júlia Fachinete	T498II8
Tamiris Aparecida Castro de Favere	T0322E9

**Campus Limeira – Limeira**

**2024**

**UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA**

**Instituto de Ciências Humanas**

Curso de Psicologia

Enaiady Raquel Alves Perin	T0881F5
Geisiane Aline Moreira	N676EA0
Jaqueline de Castro Caetano	F33EFC4
Júlia Fachinete	T498II8
Tamiris Aparecida Castro de Favere	T0322E9

## **CIRURGIA BARIÁTRICA: Atuação do Psicólogo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora da Universidade Paulista - UNIP *Campus* Limeira-SP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia sob orientação do Prof. Ms. Osvaldo Rocha da Silva.

**Campus Limeira – Limeira**

**2024**

CIP - Catalogação na Publicação

CIRURGIA BARIÁTRICA: Atuação do Psicólogo / Enaiady Raquel Alves Perin...[et al.]. - 2024.  
183 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência Humanas da Universidade Paulista, Limeira, 2024.

Área de Concentração: Ciências Humanas. Orientador: Prof. Me. Osvaldo Rocha da Silva.

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Avaliação. 4. Pós-operatório. 5. Pré-operatório. I. Perin, Enaiady Raquel Alves. II. Silva, Osvaldo Rocha da (orientador).

Enaiady Raquel Alves Perin	T0881F5
Geisiane Aline Moreira	N676EA0
Jaqueline de Castro Caetano	F33EFC4
Júlia Fachinete	T498II8
Tamiris Aparecida Castro de Favere	T0322E9

### **CIRURGIA BARIÁTRICA: Atuação do Psicólogo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora da Universidade Paulista - UNIP *Campus* Limeira-SP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia sob orientação do Prof. Ms. Osvaldo Rocha da Silva.

Aprovado em:

#### **BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Osvaldo Rocha da Silva  
Mestre em Educação – UFSCar  
Professor da Universidade Paulista – UNIP

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Liliane Ferreira Neves Inglez de Souza  
Doutora em Educação – UNICAMP  
Mestre em Educação – UNICAMP  
Graduação em Psicologia – UNESP  
Professora da Universidade Paulista – UNIP

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Silvia Barrile  
Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica (Unesp, Campus Botucatu)  
Mestre em Ciência da Motricidade (Unesp, Campus Rio Claro)  
Graduação em Fisioterapia (UEL, Londrina)  
Professora da Universidade Paulista- UNIP

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que nos deu oportunidades, força de vontade e coragem para superar os desafios.

A todos que nos apoiaram ao longo desses anos de esforço e dedicação, especialmente aos nossos pais, familiares e amigos.

Ao nosso orientador Prof. Ms. Osvaldo Rocha da Silva, que sempre nos recebeu de acordo com sua disponibilidade.

Aos professores do curso de Psicologia, que por meio dos seus ensinamentos contribuíram com nossa formação.

E a todos os participantes, pela colaboração e disposição no processo de obtenção de dados.

## RESUMO

**Cirurgia Bariátrica: Atuação do Psicólogo.** CAETANO, J. de C.; FACHINETE, J.; FAVERE, T. A. C. de; MOREIRA, G. A.; PERIN, E. R. A.; SILVA, O. R. da (orientador). Curso de Psicologia, Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Ciências Humanas. Universidade Paulista – UNIP, Campus Limeira, 2024.

Atualmente a obesidade é entendida como um fenômeno que envolve fatores genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos e a cirurgia bariátrica atua como forma de intervenção nos casos em que outros métodos não foram suficientes para chegar ao resultado esperado. Diante disso, a pesquisa buscou analisar a atuação do psicólogo no processo de aprovação para a cirurgia bariátrica e quais são as suas contribuições no pré e no pós-operatório, partindo do pressuposto que esse processo de avaliação é pouco integrado entre os profissionais competentes e que a falta de acompanhamento psicológico traz prejuízos significativos para o paciente. Para isso foi aplicada uma pesquisa qualitativa a partir de entrevista com seis psicólogos atuantes na área, realizando a Análise de Conteúdo Temática com as respostas obtidas, a fim de contribuir com a valorização da atuação do profissional de psicologia no que diz respeito aos pacientes bariátricos. A partir das informações obtidas, foi concluído que é fundamental a avaliação psicológica do paciente candidato a cirurgia, identificando as condições psíquicas do indivíduo para o enfrentamento das consequências do procedimento cirúrgico e do novo estilo de vida do qual estará submetido. Foi confirmada nossa suposição no início do projeto, de que o trabalho da equipe multidisciplinar não ocorre de forma integrada durante o processo de aprovação da cirurgia, o que pode vir a acarretar prejuízos ao paciente. Portanto, foi refletido ser crucial a atuação efetiva do psicólogo especializado no pré e pós-operatório, possibilitando ao paciente um manejo adequado das demandas específicas do paciente bariátrico.

**Palavras-chave:** obesidade; cirurgia bariátrica; avaliação; pré-operatório; pós-operatório.

E-mail do pesquisador principal – posrocha@gmail.com

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1. Objetivo geral</b> .....	<b>21</b>
1.1.1. Objetivos específicos .....	21
<b>1.2. Hipóteses</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3. Justificativas</b> .....	<b>22</b>
<b>2. PADRÕES DE BELEZA</b> .....	<b>23</b>
2.1. Idade antiga (4.000 a.C. a 476 d.C.) .....	24
2.2. Idade média (476 a 1453) .....	25
2.3. Idade moderna (1453 a 1789) .....	25
2.4. Idade contemporânea (1789 a hoje) .....	27
2.4.1. Século XIX .....	28
2.4.2. Século XX .....	28
2.4.3. Século XXI .....	29
<b>3. OBESIDADE</b> .....	<b>31</b>
3.1. Comorbidades ligadas à obesidade .....	34
3.1.1. Patologias fisiológicas associadas à obesidade.....	34
3.1.1.1. Diabetes mellitus tipo 2.....	35
3.1.1.2. Hipertensão arterial.....	36
3.1.1.3. Doenças cardiovasculares.....	36
3.1.1.4. Doenças respiratórias .....	37
3.1.1.5. Neoplasias .....	38
3.1.2. Patologias psicológicas associadas à obesidade .....	39
3.1.2.1. Depressão.....	40
3.1.2.2. Ansiedade .....	41
3.1.2.3. Compulsão alimentar .....	42
3.2. Cirurgia bariátrica .....	44
3.2.1. Tipos de cirurgia bariátrica .....	46
3.2.2. Procedimentos para a aprovação da cirurgia bariátrica .....	48

<b>4.</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>51</b>
4.1.	A cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde .....	53
<b>5.</b>	<b>ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA.....</b>	<b>57</b>
<b>6.</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>64</b>
6.1.	Participantes e local .....	64
6.2.	Instrumentos.....	64
6.3.	Aparatos de pesquisa.....	64
6.4.	Procedimentos para a coleta de dados .....	64
6.5.	Procedimentos para a análise de dados .....	66
6.6.	Ressalvas éticas .....	66
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>8.</b>	<b>ANÁLISE.....</b>	<b>80</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>108</b>
	APÊNDICE A – Intenção de Pesquisa .....	108
	APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP .....	109
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
	APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista.....	116
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>
	ANEXO A - Transcrição da entrevista 1 .....	118
	ANEXO B - Transcrição da entrevista 2.....	128
	ANEXO C - Transcrição da entrevista 3.....	142
	ANEXO D - Transcrição da entrevista 4.....	155
	ANEXO E - Transcrição da entrevista 5.....	168
	ANEXO F - Transcrição da entrevista 6 .....	181



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Comparativo das patologias antes e depois da cirurgia bariátrica.....14

**Tabela 2:** Peso sugerido para mulher de 1,60m.....28

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Cirurgias bariátricas no Brasil entre os anos 2011 e 2019.....	53
---	----

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A:</b> Intenção de Pesquisa.....	108
<b>Apêndice B:</b> Parecer Consubstanciado do CEP.....	109
<b>Apêndice C:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
<b>Apêndice D:</b> Roteiro de Entrevista.....	116

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Transcrição da entrevista 1.....	118
<b>Anexo B:</b> Transcrição da entrevista 2.....	128
<b>Anexo C:</b> Transcrição da entrevista 3.....	142
<b>Anexo D:</b> Transcrição da entrevista 4.....	155
<b>Anexo E:</b> Transcrição da entrevista 5.....	168
<b>Anexo F:</b> Transcrição da entrevista 6.....	181

## LISTA DE ABREVIações

**ABESO:** Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

**AN:** Anorexia nervosa

**AUDIT:** *Alcohol Use Disorder Identification Test*

**AVC:** Acidente vascular cerebral

**BAI:** Beck Anxiety Inventory

**BDI:** *Beck Depression Inventory*

**BITE:** *Bulimic Investigatory Test Edinburgh*

**BN:** Bulimia nervosa

**CFM:** Conselho Federal de Medicina

**CFP:** Conselho Federal de Psicologia

**DM1:** Diabetes Mellitus Tipo 1

**DM2:** Diabetes Mellitus Tipo 2

**DSM:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**HTP:** teste Casa-Árvore-Pessoa

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**SBCBM:** Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

**SUS:** Sistema único de saúde

**TCA:** Transtorno de Compulsão Alimentar

**TCC:** Terapia Cognitivo-Comportamental

**TDM:** Transtorno depressivo maior

**WHO:** World Health Organization

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura corporal e em decorrência desse acúmulo surgem algumas alterações na saúde, como por exemplo doenças cardiovasculares, cardíacas, derrames, diabetes, das quais desencadeiam outros problemas como a cegueira e alguns tipos de câncer que também se associam ao fator do sobrepeso (OMS, 2021). Além disso, a obesidade é compreendida como um fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos. (Björntorp, 2003 *apud* Oliveira; Linardi e Azevedo, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (2021) traz como base diagnóstica o *body mass index (bmi)*, ou o índice de massa corporal (IMC)<sup>1</sup>, que classifica o sobrepeso (IMC igual ou superior a 25) e a obesidade (IMC igual ou superior a 30).

A obesidade pode ocasionar várias doenças, de acordo com a *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (2001 *apud* I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005), a Síndrome Metabólica é um conjunto de doenças relacionados a resistência à insulina e o desenvolvimento dela está ligado a distribuição e a quantidade de gordura corporal, principalmente no abdômen, o que faz com que a síndrome esteja presente em pessoas com obesidade e inclusive serve como um critério para esse diagnóstico. Além da obesidade, outros componentes também são importantes para a definição dela, como alterações na pressão arterial, glicemia, triglicérides e HDL colesterol.

Para Schimidt *et al.* (2019 *apud* Araujo *et al.*, 2022) a Apneia obstrutiva do sono, que provoca uma parada da respiração durante o sono, é frequente em pessoas com obesidade, principalmente a visceral. Para o diagnóstico um dos critérios utilizados é o aumento do pescoço, que ocorre em pacientes obesos, além disso o distúrbio está associado a resistência à insulina e estudos com sujeitos submetidos a dietas de baixo valor calórico e, conseqüente, perda de peso mostraram melhoras nessa condição.

A Diabetes Mellitus tipo II tem a obesidade como um dos principais fatores de risco e, de acordo com Araujo *et al.*, (2022, p. 9), “estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente

---

<sup>1</sup> Cálculo do IMC: Peso dividido pelo quadrado da altura. Exemplo: F. tem 90 kg e 1,75m de altura. IMC:  $90 / 1,75^2 = 90 / 3,0625 = \text{IMC} = 29,39$  (Classificação: sobrepeso). (OMS, 2021).

associado ao aumento do índice de massa corporal”. Além disso, para Arcânjo *et al.* (2018 *apud* Araujo *et al.*, 2022) as complicações relacionadas aumentam em relações a doenças cardíacas, doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC).

Em relação às doenças cardiovasculares, segundo Santos (2020 *apud* Araujo *et al.*, 2022), afetam o funcionamento do coração e vasos sanguíneos e quase sempre estão ligadas a obesidade, sendo inclusive um dos responsáveis pela maior taxa de mortalidade no mundo. Os fatores de risco dessa doença incluem riscos que podem ou não ser modificados, e a gordura presente no abdômen também é um fator importante na avaliação da doença. Além disso, para Póvoa (2002 *apud* Kercher e Garcia, 2016) o ganho excessivo de peso está associado à permeabilidade intestinal, em que acontece um desequilíbrio do intestino e consequentemente doenças gastrointestinais.

De acordo com Coutinho (1999 *apud* Zeve; Novais e Junior, 2012, p. 133): “A obesidade é uma condição clínica crônica, de etiologia multifatorial, cujo tratamento envolve várias abordagens, tais como nutricional, medicamentosa e prática de exercícios físicos”. No entanto, pacientes que não obtêm os resultados esperados por esses meios podem buscar pela intervenção cirúrgica.

A cirurgia bariátrica, além de proporcionar uma perda de peso considerável, também gera a remissão de doenças associadas à obesidade, como diabetes e hipertensão, diminuindo o risco de mortalidade, aumentando a longevidade e melhorando a qualidade de vida daqueles que se submetem a essa intervenção (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017a).

Os pré-requisitos necessários para pessoas interessadas em realizar a cirurgia, de acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2016, p. 163), 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).

Além disso, o paciente precisa passar por quatro avaliações: avaliação endocrinológica ou clínica, avaliação cardiológica, avaliação psicológica ou psiquiátrica e avaliação nutricional, em que os profissionais irão examinar a saúde



física e psicológica do indivíduo, realizar entrevistas, exames e avaliar os riscos (Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica, 2022).

Atualmente, a técnica cirúrgica mais praticada no Brasil é o Bypass Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal, em “Y de Roux”), correspondendo a 75% das cirurgias, graças a sua segurança e eficácia. Nela o paciente tem uma perda de peso de 70% a 80%. Nesse método, uma parte do estômago é grampeado, reduzindo o espaço para o alimento e é feito um desvio do intestino, promovendo uma sensação rápida de saciedade e conseqüentemente diminuindo a fome. Outra técnica disponível é a Gastrectomia Vertical (Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa), nele o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 ml, alcançando uma boa perda de peso. Esta intervenção é realizada há mais de 20 anos e possui uma excelente eficácia no controle da hipertensão, colesterol e triglicérides. Acredita-se que em um curto tempo será a cirurgia mais feita no Brasil e no mundo (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017b).

A Duodenal Switch associa a gastrectomia vertical e o desvio intestinal. Nesse procedimento, são retirados 60% do estômago, e o desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, provocando o emagrecimento e a perda de 75% a 85% do peso, atualmente, a cirurgia corresponde a 5% dos procedimentos. A técnica que hoje é menos utilizada no Brasil é a Banda Gástrica Ajustável (menos de 1%), nela um anel de silicone é colocado envolvendo o estômago, pressionando-o e controlando o seu esvaziamento, causando uma perda de peso de 50% a 60% e contribuindo no tratamento de outras doenças. Apesar disso, o fator negativo dessa cirurgia é a possibilidade de o anel provocar problemas e complicações a qualquer momento, por estar na cavidade abdominal (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017b).

Por outro lado, apesar de existirem variadas técnicas cirúrgicas, o tratamento deve ser orientado para o paciente. Desse modo, as condições de saúde e as características de cada indivíduo precisam ser levadas em conta inicialmente (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2022).

Conforme o estudo feito por Palheta *et al.* (2017), independentemente do método cirúrgico realizado, a cirurgia bariátrica trouxe resultados significativos para a redução das comorbidades relacionadas à obesidade para os participantes da pesquisa, conforme tabela 1.

**Tabela 1: Comparativo das patologias antes e depois da cirurgia bariátrica**

<b>Patologia</b>	<b>Pré-operatório</b>	<b>Pós-operatório</b>
<b>Hipertensão</b>	56%	22%
<b>Dislipidemias</b>	18%	5%
<b>Apneia Obstrutiva do Sono</b>	17%	7%
<b>Diabetes Mellitus tipo II</b>	34%	3%
<b>Doenças Gastrointestinais</b>	12%	2%

**Fonte: Palheta et al. (2017)**

Além das comorbidades relacionadas, a pessoa portadora da obesidade pode apresentar sofrimento psicológico e, de acordo com os estudos, geralmente são características desses pacientes, sintomas depressivos ansiosos, transtornos alimentares e de personalidade. A obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como consequência desta última. (Khaodhiar, 2001 *apud* Oliveira; Linardi e Azevedo, 2004).

Após a cirurgia, um novo modo de viver a vida é circunstanciado para aquele indivíduo. A fase de adaptação à nova dieta, as expectativas em relação as mudanças do corpo e os medos e inseguranças desse novo ciclo do qual o sujeito estará inserido, exigem grande demanda psíquica do paciente, sendo de extrema relevância o trabalho do psicólogo nesse processo (Oliveira; Linardi e Azevedo, 2004).

As características de personalidade influenciarão a experiência emocional do paciente em relação a estas mudanças e delinearão a possibilidade de integração dessa nova autoimagem na vida psíquica do sujeito, como também o quantum de conflitos e sofrimento que será atribuído a esse processo (Ismael, 2010, p.137).

Por se tratar de um método (cirurgia bariátrica) que faz parte de um tratamento da doença (obesidade), não podemos descartar os impactos da mudança brusca na alimentação, peso e estilo de vida são essenciais após o procedimento. Essas mudanças, que compreendem reeducação alimentar e a prática de atividade física, são a base do tratamento clínico da obesidade. Se o paciente não considera esses fatores como essenciais após os procedimentos cirúrgicos, dificilmente se atingirá uma perda de peso necessária para melhorar a saúde e, muito menos, essa perda será duradoura, podendo ocorrer o reganho de peso (Oliveira; Linardi e Azevedo, 2004).

O paciente que adere a um novo estilo de vida se depara com a perda maciça de peso após tal procedimento, gerando o excesso de pele e flacidez. Essa condição causa extremo incômodo ao sujeito, levando a questões de aspectos psicológicos, como a insatisfação com a imagem corporal, mesmo o paciente tendo conquistado um corpo magro e saudável. Nesse sentido, a cirurgia plástica do contorno corporal se torna uma importante aliada no processo pós-cirúrgico, apesar de trazer mais riscos cirúrgicos e um novo período de recuperação (Oliveira *et al.*, 2012).

Esse procedimento reparador no ramo da cirurgia plástica costuma ser feito em casos de rápido emagrecimento, como após a bariátrica. Nestes casos, a pele, que foi esticada pelo excesso de gordura, não encolhe com a perda de peso, gerando a aparência de grande flacidez em várias partes do corpo. Para que o paciente pós-bariátrico possa recorrer a essa técnica, a recomendação médica é de que ele esteja com a perda de peso estabilizada, estar empenhado com o processo de manter uma vida saudável, por meio de novos padrões de comportamento e de cuidados com a saúde física e mental (Pinho *et al.*, 2011).

O nível de insatisfação com as deformidades deve guardar uma relação racional com as expectativas e possibilidades terapêuticas. Por outro lado, pacientes que atribuam demasiada carga de atenção em suas queixas, demonstrando uma visão excessivamente limitante em relação a suas deformidades, com alta carga emocional e atitude incapacitante frente à vida, podem estar atravessando transtornos mais graves de dismorfofobia, que também necessitam de uma abordagem psicoterapêutica específica antes de qualquer cirurgia (Pinho *et al.*, 2011, p. 689)

Deve existir por parte da equipe médica de cirurgia plástica, uma preocupação com os distúrbios alimentares, como anorexia, bulimia e compulsão obsessiva que podem estar presentes, assim como o abuso de álcool e drogas, relativamente frequentes entre os pacientes pós-bariátricos. O diagnóstico apurado com o controle especializado dos possíveis distúrbios alimentares é também fundamental no preparo para a cirurgia do contorno corporal, propiciando melhores condições nutricionais para uma adequada recuperação pós-operatória e prevenindo a recidiva do excesso de peso (Pinho *et al.*, 2011).

A realização da cirurgia bariátrica implica em uma complexidade de procedimentos e diversos aspectos para atingir os resultados esperados e devido a isso, o Conselho Federal de Medicina (2005) determina que para a aprovação do procedimento é necessário o acompanhamento de uma equipe composta de médico

cirurgião clínico, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo, anestesista e fisioterapeuta, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A consulta com o anestesista busca conhecer o paciente e por meio de exames e avaliação ponderar os riscos que podem ocorrer durante a operação. O Nutricionista durante o pré-operatório faz a avaliação física (peso, circunferência, IMC), avaliação dos exames e avaliação a respeito da ingestão alimentar, com base nisso analisa as deficiências nutricionais para minimizar os riscos e fazer o planejamento da alimentação no momento que antecede a cirurgia, já no pós-operatório o profissional atua nos primeiros cuidados em relação a ingestão das comidas, ou seja, o que pode ou não ser consumido e também auxilia o paciente nesse novo hábito alimentar. O profissional de enfermagem atua no controle das medicações, presta assistência ao paciente, monitora enquanto ele estiver internado e faz a manutenção dos curativos. O profissional de Fisioterapia busca a redução de complicações respiratórias, que podem surgir até trinta dias após a cirurgia por conta dos procedimentos cirúrgicos como anestésias e intubação (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [s.d]).

A cirurgia bariátrica acarreta diversas mudanças na vida do sujeito, diante disso o Conselho Federal de Medicina (2005) aprovou a presença obrigatória do psicólogo durante o processo para a realização cirúrgica. Esse profissional deverá utilizar os instrumentos que melhor atingirem os objetivos para responder a questão inicial, “o candidato tem condições psicológicas para se submeter a cirurgia e a todos os procedimentos posteriores, assim como adaptar-se a um novo estilo de vida e relacionamento?”

No pré-cirúrgico o psicólogo tem o objetivo de avaliar os processos psíquicos e cognitivos que podem influenciar a recuperação e o tratamento e para obtenção desses dados é necessário à reflexão e análise das expectativas e motivos pelo qual o indivíduo busca esse recurso, presença ou não de sintomas psiquiátricos, hábitos alimentares, fatores estressantes, entre outros fatores que possam vir a interferir na cirurgia, atuando em diversos momentos e papéis. Não existe um protocolo pronto para avaliação, ficando a critério de cada profissional de acordo com seu método de trabalho e abordagem teórica (Marques, 2019).

Sarwer e Wadden (2005, *apud* Flores 2014, p.61) aborda os diferentes papéis do psicólogo durante a avaliação: “é um pesquisador, coletando dados; um

educador, provendo informações; e, ainda, um terapeuta, aumentando a motivação e gerenciando as emoções emergentes durante a avaliação.”

Marques (2019) realizou uma pesquisa com algumas psicólogas e de acordo com os relatos, além de ser importante o acompanhamento pré-operatório, também se faz necessário durante o pós-cirúrgico, para que o paciente não desloque a compulsão para outros aspectos, como alcoolismo. Outro motivo trazido para justificar a importância do acompanhamento é o reposicionamento social do sujeito. Além disso, trazem que se os pacientes não se fortalecerem durante o processo de mudança, podem vir a ganhar peso novamente, uma vez que somente a cirurgia não é o suficiente para a perda, e sim um conjunto de processos, como reeducação alimentar e hábitos saudáveis.

Já um estudo realizado por Fernandes e Fensterseifer (2021) com uma equipe multidisciplinar composta por médico, nutricionista e psicólogo levantou a importância do acompanhamento psicológico no pré e pós-cirúrgico, onde foi unânime a relevância de se ter um profissional da área psicológica durante esse processo. As psicólogas participantes informam que durante a avaliação buscam não somente as possíveis patologias, mas sim todo o contexto do paciente, desde as informações necessárias a respeito da cirurgia em que ele irá se submeter até nas mudanças que ele irá passar. Para que se chegue em um resultado o mais assertivo possível, o processo de avaliação precisa ser bem estruturado e requer uma especialização do psicólogo na área, com conhecimentos amplos a respeito da obesidade e das suas causas e consequências na vida dos indivíduos, não somente físicas, mas também psíquicas.

Todos esses estudos concluem que a presença do psicólogo durante o processo para aprovação da cirurgia bariátrica é muito importante para que se avalie em que nível o paciente está preparado para enfrentar todo o procedimento, se ele possui informações necessárias e reais a respeito dos efeitos da cirurgia e quaisquer outros aspectos de ordem psíquica que possam vir a influenciar os resultados cirúrgicos. Além disso, os estudos destacam que é necessário que o paciente continue o acompanhamento psicológico, para que o indivíduo compreenda as mudanças que a cirurgia acarreta e consiga lidar com elas de forma positiva.

Pelo apresentado anteriormente, o projeto pretende responder à questão: Como se dá a atuação do psicólogo no processo para aprovação da cirurgia bariátrica e suas contribuições no pré e pós-operatório?

### 1.1. Objetivo geral

Analisar a atuação do psicólogo no processo para aprovação da cirurgia bariátrica e suas contribuições no pré e pós-operatório.

#### 1.1.1. Objetivos específicos

Identificar os procedimentos de avaliação dos candidatos para a cirurgia bariátrica.

Entender a atuação multidisciplinar durante o processo de aprovação da cirurgia bariátrica.

Analisar as demandas apresentadas pelo paciente no pré e pós-operatório na concepção dos psicólogos.

Analisar as contribuições do acompanhamento psicológico para os pacientes na visão dos entrevistados.

### 1.2. Hipóteses

O procedimento para aprovação da cirurgia bariátrica exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar, supomos que esse trabalho não é realizado de forma integrada, resultando em um atendimento mais individualizado.

Apesar do candidato a cirurgia necessitar de um acompanhamento psicológico, acreditamos que ele ainda seja pautado em uma única avaliação com o objetivo específico de aprovação do procedimento cirúrgico. Isso pode estar relacionado ao fato da perda de peso não ser relacionada a fatores psicológicos, portanto o paciente após atingir o esperado acredita não precisar mais de acompanhamento, tal decisão pode vir acarretar diversas consequências, como o reganho de peso.

Diante disso, os bariátricos tendem a não procurar o acompanhamento psicológico após o procedimento, podendo resultar em dificuldades para manter os resultados da cirurgia. Entre as dificuldades trazidas por aqueles que buscam o acompanhamento, supomos que a insegurança, baixa autoestima, adaptação ao novo estilo de vida e a busca por um resultado imediatista estejam entre as principais queixas.

Além da importância da conscientização por parte do paciente, a formação do psicólogo é de grande relevância para a avaliação e o acompanhamento, da qual ainda é superficial nessa área, necessitando de uma especialização a parte, mas

que se faz necessária e pode trazer resultados positivos e mais assertivos durante o atendimento.

### 1.3. Justificativas

O estudo buscou o levantamento de dados sobre a cirurgia bariátrica e suas implicações. Esse assunto tem sua relevância já que pode proporcionar uma análise a respeito do procedimento cirúrgico e seus aspectos psicológicos relacionados, possibilitando o desenvolvimento acadêmico das pesquisadoras.

Durante nossa pesquisa, encontramos dificuldades em acessar materiais acerca do tema da cirurgia bariátrica. Dentre os artigos encontrados, identificamos informações superficiais a respeito do procedimento cirúrgico, principalmente no que diz respeito a atuação do psicólogo e dos demais profissionais de forma integrada. Dessa forma pretendemos contribuir com a produção de conteúdo no âmbito da cirurgia bariátrica colaborando com a pesquisa para aqueles que tem interesse no assunto.

Nas referências acessadas, foi enfatizado que o profissional da psicologia é parte fundamental para aprovação do procedimento, mas ainda não é valorizado. Muitos dos pacientes não retornam para o acompanhamento ou não veem a importância do cuidado com os aspectos psicológicos no trabalho realizado por ele.

Diante disso, buscamos com nosso trabalho compreender qual a importância do psicólogo e como ele pode contribuir para a qualidade de vida no pré e pós-operatório e dessa forma contribuir com material de consulta e pesquisa para subsidiar a prática desse profissional.

## 2. PADRÕES DE BELEZA

A seguir será apresentado um breve histórico dos padrões de beleza, que mostra que ao longo dos anos a sociedade passou por alterações no que diz respeito ao padrão corporal exigido, fazendo com que os indivíduos busquem se encaixar, trazendo como exemplo disso os obesos, que por um período eram considerados belos e atualmente não se encontram dentro do padrão de beleza.

A palavra beleza, em um dos seus significados, é definida como “qualidade do que é belo, admirável, que proporciona prazer” (Aulete, 2008, p.129). Em um de seus poemas, Alberto Caeiro, heterônimo de Fernando Pessoa (2005, p.51), reflete sobre o que pode ser a beleza:

Às vezes, em dias de luz perfeita e exacta,  
Em que as cousas têm toda a realidade que podem ter,  
Pergunto a mim próprio devagar  
Por que sequer atribuo eu  
Beleza às cousas.

Uma flor acaso tem beleza?  
Tem beleza acaso um fruto?  
Não: têm cor e forma  
E existência apenas.  
A beleza é o nome de qualquer cousa que não existe  
Que eu dou às cousas em troca do agrado que me dão.  
Não significa nada.  
Então por que digo eu das cousas: são belas?

Sim, mesmo a mim, que vivo só de viver,  
Invisíveis, vêm ter comigo as mentiras dos homens  
Perante as cousas,  
Perante as cousas que simplesmente existem.

Que difícil ser próprio e não ver senão o visível!

Diante do significado da palavra e do que o poeta diz sobre a beleza, é possível notar que ela é um atributo que o ser humano dá a algo ou alguém de acordo com aquilo que é despertado nele. Além disso, esse conceito, ao longo do tempo, foi se alterando conforme a sociedade em si se alterava, com isso para cada época, há um padrão do que é considerado como belo (Schubert, 2009).

Dessa forma, para formar esses padrões na história, alguns acontecimentos, recursos e pensamentos tiveram suas influências considerando cada período histórico, como na Idade Antiga<sup>2</sup> com os gregos, na Idade Média<sup>3</sup> com a Igreja, na

---

<sup>2</sup> De acordo com Educa Mais Brasil “Idade Antiga ou Antiguidade, vai desde a invenção da escrita, entre 4000 a.C e 3500 a.C até a queda do Império Romano do Ocidente, 476 d.C.” (Dias, 2020).

<sup>3</sup> Segundo Educa Mais Brasil “Idade Média ou Idade Medieval compreende o período que se estende de 476, com a queda do Império Romano, até o ano 1453 com a tomada de Constantinopla pelo império turco otomano” (Dias, 2020).



Idade Moderna<sup>4</sup> com o avanço da Filosofia e da Ciência e na Idade Contemporânea<sup>5</sup> com a Globalização (Cassimiro e Galdino, 2012).

### 2.1. Idade antiga (4.000 a.C. a 476 d.C.)

Durante esse período a beleza abrangia outros aspectos além do corpo. Como exemplo desses aspectos, pode-se usar o que é descrito pelo poeta Homero, escritor de livros como “Odisseia”, quando cita que a beleza está na alma e no caráter. Para os filósofos gregos como Sócrates, Platão, Aristóteles e Pitágoras, mesmo com as divergências acerca de como o corpo e a alma estavam organizados, eles possuíam o consenso que ambos precisavam estar em harmonia (Cassimiro e Galdino, 2012; Fonseca, 2013).

Para Sócrates, a saúde e a beleza eram itens essenciais, uma vez que segundo Carmo Junior (2005 *apud* Cassimiro e Galdino, 2012) ele utilizava um tempo com os seus discípulos para praticarem exercícios físicos, além de conversarem sobre os melhores alimentos para se manterem em uma boa forma. Platão, por sua vez, na Academia de Atenas, fundada por ele, mostrava sua preocupação com a beleza, quando colocava Ginástica como uma das disciplinas relacionadas a formar um novo homem (Moreira, 2015).

Para Cassimiro e Galdino (2012), em relação a Aristóteles, ele acreditava que para o corpo possuir um sentido precisa estar em harmonia com a alma. Pitágoras, por sua vez, reflete sobre a importância da proporção, tendo o número como centro e princípio de tudo, conclui que ele seria uma condição da existência da beleza (Fonseca, 2013).

Esse padrão, importante para os filósofos e seus discípulos e para os demais cidadãos gregos, que na época eram somente homens livres, ocorria, pois, precisavam estar preparados para guerras, além disso, perceberam que esse preparo físico ajudava nos esportes, prática comum na Grécia, o que valorizou ainda mais o padrão (Afonso, Costa e Reis, 2021).

Em relação a essa prática de esportes na Grécia Antiga, de acordo com Santos (1994), para a formação do cidadão completo, vários aspectos devem ser

---

<sup>4</sup> Conforme Educa Mais Brasil “O marco histórico da Idade Moderna ou Modernidade é a queda do Império Bizantino. Esse período se estende até 1789 com a Revolução Francesa” (Dias, 2020).

<sup>5</sup> De acordo com Educa Mais Brasil “A Idade Contemporânea ou Contemporaneidade está inserida na divisão da História como o período que tem início com a Revolução Francesa em 1789 e perdura até a atualidade” (Dias, 2020).

considerados e o ginásio é colocado como instituição fundamental nessa criação que na época não incluía mulheres e escravo, dessa forma refletindo no que era considerado belo para esse momento da história.

## 2.2. Idade média (476 a 1453)

Nesse período, o corpo foi censurado pela Igreja, pois as pessoas deveriam se preocupar com a salvação da alma, deixando assim, os cuidados com a beleza em segundo plano e como esse foi um momento marcado pelo dogmatismo religioso, eles passaram a controlar o que é considerado belo (Carmo Junior, 2005 *apud* Cassimiro e Galdino 2012).

Para a Igreja, ao deixar ser encantado pela beleza da carne (corpo), o homem está em pecado, por isso para ter a salvação eterna eles seguiam rigorosamente o que era estabelecido. Por isso, a instituição serviu como bussola moral e ditou durante esses anos, como deveriam ser os relacionamentos, como a família deveria interagir e ser organizada, qual a forma de pensar considerada correta e o modo de se vestir apropriado (Dantas, 2005 *apud* Cassimiro e Galdino 2012).

Um exemplo da repressão nos cuidados de beleza, foi que durante esse período, poucos eram os espelhos presentes nas casas, pois eles eram uma representação de exterioridade que a Igreja não gostaria que fosse construída, assim como os rituais de beleza que acabaram, pois se o fizessem estariam alterando o corpo que foi dado por Deus (Steiner, 2010).

De acordo com Vigarello (2006) na época as mulheres deveriam ter rosto branco e proporcional, seios marcados e cintura apertada, inclusive Houdoy (1876 *apud* Vigarello, 2006, p.16) cita que elas teriam a “magreza do ventre”, fazendo novamente alusão a uma estatura que valorizava ser magro, especialmente na região da barriga, que normalmente ocorre o maior acúmulo de gordura.

## 2.3. Idade moderna (1453 a 1789)

A Idade Moderna, principalmente a partir do Renascimento, deixa para traz aquilo que foi censurado pela Igreja e a sociedade passa a cultivar a si mesmo (Foucault, 1979 *apud* Cassimiro e Galdino 2012). Nesse momento, a ideia de proporção foi retomada e artistas como Leonardo da Vinci trabalharam na “divina

proporção”<sup>6</sup>, que deu origem a obra que mostra o que são consideradas as medidas perfeitas para o ser humano, assim, as mulheres da corte faziam dietas e seguiam receitas para atingir tal feito (Vigarello, 2006).

Mediante a um impasse de descrever a beleza, passaram a utilizar a palavra *embonpoint*, que significa ter um bom aspecto, mostrando harmonia entre estar magro e estar gordo (Fonseca, 2013). Para compreender melhor o que seria esse equilíbrio, de acordo com Dicionário Larousse (Galvez, 2005, p.123) a tradução dessa palavra do francês para o português seria “gordura”, o que remete a um estado de sobrepeso.

O homem, segundo Vigarello (2006) em sua representação de beleza, precisa ser forte, ter um corpo robusto, barba e pele grossa, isso porque ele precisa ter um corpo que o prepare para o trabalho e ele precisa ser “dominador, terrível e belo” para enfrentar os seus inimigos com ferocidade, diz Romei (1595 *apud* Vigarello, 2006, p.25).

Para definir a beleza da mulher, por sua vez, eram criados jogos sobre os chamados pontos de beleza, Jacobo Alighieri (1907 *apud* Vigarello, 2006) criou nove deles, como ser branca, jovem e loura, que foram atualizados para trinta itens, demonstrando a maior exigência com a beleza, que são resgatados por Cholieres ou Brantôme (1889 *apud* Vigarello, 2006) por itens como unhas, lábios e face vermelha, boca, virilha e seios pequenos e tronco, cabelo e mão longos.

Essa mudança de aparência entre os sexos reflete as diferenças entre os papéis sociais, assim para o homem é esperado um corpo forte para a proteção da família e de sua casa e da mulher o que se espera é a um corpo frágil e pequeno, que mesmo com avanços em relação a autonomia da mulher, ainda não é capaz de se proteger, por isso precisa do homem (Vigarello, 2006).

A partir do século XVII, a sociedade passou a ser regida por regras de etiqueta, que moldaram a estética da época e trouxeram um novo sentido a beleza, que além do corpo em si, engloba os comportamentos (Vigarello, 2006). Um exemplo disso, são algumas categorias criadas por adjetivos que dizem respeito as

---

<sup>6</sup> De acordo com Mundo Educação: “A proporção áurea é um conceito matemático que representa uma relação estética e harmônica que é considerada visualmente agradável. Essa proporção é obtida pela divisão de uma linha em dois segmentos de tal forma que a razão entre o comprimento total da linha e o comprimento do maior segmento seja igual à razão entre o comprimento do maior segmento e o comprimento do menor segmento” (Oliveira, [s.d]).

ações das mulheres que as tornam belas, como conquistadora, séria, animadora e atraente (Saint-Gabriel, 1640 *apud* Vigarello, 2006).

A beleza da mulher está presente na cintura, no quadril e no rosto e a do homem se afasta do modelo anterior de robustez e encara uma forma de bustos magros e alongados. Para a criação de uma cintura fina, passam a ser usados espartilhos, que comprimem o tronco e alongam as costas nas mulheres da corte, em contrapartida, as aldeãs que não usam o utensílio, tem o busto e a barriga soltas, mesmo assim, se tornam amantes da corte e burguesia, pelos seus encantos próprios (Fonseca, 2013; Vigarello, 2006).

Em contrapartida, a partir do século XVIII, a beleza passa por uma grande mudança, a de ser comandada pelo sensível e o relativo, então ela seria definida primordialmente pelos gostos pessoais em relação aos coletivos e de acordo com aquilo que despertasse prazer, ou seja, deixa se ser um corpo esperado e passa ser conforme a pessoa observadora considera como belo (Vigarello, 2006).

Para Vigarello (2006), essa alteração de pensamento se deu pelo fato que a sociedade da época queria substituir a cristandade e com isso o questionamento do que é beleza se instaurou, reforçando que o belo “só existe para o homem” (Ehrard, 1970 *apud* Vigarello, 2006, p. 73), ou seja, cada coisa é definida assim mediante o que é despertado, mesmo assim, padrões ainda são vistos.

Em relação as mulheres, panos tomaram o lugar dos espartilhos a fim de mostrar as formas femininas e há um aumento nos quadris e na barriga, já o homem passa a ter uma barriga menor e o peito estufado, com postura orgulhosa (Fonseca, 2013). Essas mudanças na mulher são para uma melhor gestação dos filhos, que seria a única missão delas, assim a beleza e os traços físicos estariam ligados a assegurar a descendência e a saúde (Vigarello, 2006).

#### 2.4. Idade contemporânea (1789 a hoje)

A Idade Contemporânea trouxe uma série de mudanças sociais, econômicas e principalmente no século XX, incluiu a tecnologia no cotidiano das pessoas, por isso, diferente da Idade Antiga, Média e Moderna, a cada século ou até a cada década, os padrões e formas de cuidado com a beleza mudaram ao passo que grandes mudanças ocorriam na sociedade (Cassimiro e Galdino 2012).

#### 2.4.1. Século XIX

Nesse momento as partes abaixo a cintura começa a ganhar uma atenção antes não vista, os vestidos, por exemplo, são mais justos, os arcos em volta da cintura e os panos deixam de ser usados e o corpo da mulher ainda permanece no modelo de ser esbelto, com a atenção especial ao quadril, que permanece mais largo (Fonseca, 2013). O homem por outro lado, deixa de ter uma barriga saliente e passa a ter uma cintura comprimida, com os ombros para trás e o busto reto e denso, indicando força e com a intenção de equilíbrio (Vigarello, 2006).

Com o aumento de estudo em Medicina sobre as áreas do corpo, entenderam que os músculos do abdômen e os ossos da bacia servem como alicerce para a postura, o apoio dos pés, a cintura comprimida e as costas eretas, assim surgem exercícios voltados para cada músculo em específico, com o objetivo de corrigir ou melhorar a firmeza da cabeça, o apoio do corpo e o tronco (Cuvier, 1805 *apud* Vigarello, 2006).

Para manter a forma, passaram a usar equipamentos chamados “adelgaçadores”, que serviriam para diminuir as medidas e controlar o tamanho dos quadris e a barriga, como se fosse uma cinta modeladora usada hoje em dia. A diferença é que na época o peso e as medidas não eram controlados fielmente e o resultado de dietas ou dos adelgaçadores era visto a partir de como o corpo aparentava estar (Vigarello, 2006).

#### 2.4.2. Século XX

Para esse século, os padrões se superaram com modelos que representam uma exceção de estética e de magreza ainda não vista. É nesse momento que a globalização faz seu papel de comunicador, a partir das novas tecnologias, como a televisão e as revistas, e do *marketing*, tanto de produtos para manter a beleza, quanto do estilo de vida das pessoas que estão nessa perfeição física, fazendo com que o corpo realmente fosse considerado um produto e item de desejo de todas as camadas da sociedade (Cassimiro e Galdino 2012).

O peso, que antes não era considerado padrão, agora surge com força, inclusive revistas sugeriram durante alguns anos o peso ideal para uma mulher com 1,60m conforme mostra a Tabela 1. Inclusive foi nessa época que a gordura passou a ser associada a uma série de doenças como diabetes e doenças no coração, fígado e rins, dessa forma o controle sobre o corpo passou a ser ainda mais rigoroso, pois

estar acima do peso estaria ligado a doenças que poderiam levar a morte (Vigarello, 2006).

**Tabela 2: Peso sugerido para mulher de 1,60m**

<b>Data</b>	<b>Peso em quilos</b>
<b>Janeiro de 1929</b>	60
<b>Abril de 1932</b>	54
<b>Agosto de 1932</b>	53-52
<b>Maior de 1939</b>	51,5

**Fonte: *La Coiffure et ses modes (1930 apud Vigarello, 2006)***

Nesse período começam a ser feitos concursos de beleza, como o *Miss América*, *Miss França* e o *Miss Universo*, além disso, o cinema passou a ter uma grande influência na população, que tentam seguir o padrão das mulheres que aparecem na tela e mostram uma perfeição de todo o corpo, inspirando como elas devem ser (Vigarello, 2006).

A partir disso, o argumento de que a beleza é algo alcançável é reforçado, porque os famosos e os demais são “feitos” do mesmo, assim *Votre Beauté (1935, apud Vigarello, 2006, p.162)* dizem que nesse momento algumas expressões ganham força: “disciplina, cultura física, regime”, colocando novamente sobre a pessoa a responsabilidade de estar sempre bonita e magra e deve se esforçar para atingir tal conquista.

Além disso, é nesse século que a ciência vai renovar tudo o que é conhecido sobre a estética, assim os cosméticos são feitos com substâncias específicas para determinadas funções e as cirurgias estéticas passam a aparecer para corrigir tudo aquilo considerado indesejado para que o indivíduo entre nesse padrão, a única questão é que elas custam caro, logo são feitas somente pelas camadas da população que tem melhores condições financeiras (Vigarello, 2006).

#### 2.4.3. Século XXI

Nesse período, o culto ao corpo permaneceu com as mesmas dimensões trazidas no século anterior, de um padrão de corpo magro, mas com a diferença que a partir dele a tecnologia avançou ao ponto de mostrar que a beleza é acessível a todos, principalmente com a indústria cosmética crescendo ainda mais e a internet como meio de difusão de informações (Borges e Souza, 2013).

Além disso, essa beleza que é “vendida” passa pela representação trazida pelas redes sociais, assim o que é visto não necessariamente corresponde ao real e as cirurgias plásticas passam a ser ainda mais utilizadas como em implantes e lipoescultura para transformar a pessoa naquilo que ela gostaria (Maldonado, 2006).

A partir disso, Moreira (2020) cita que a mídia vai criar o desejo nas pessoas e reforçar os estereótipos para que continuem a procurar pelos itens dessa indústria da beleza, assim se torna comum ver nas redes sociais conteúdos de dietas, exercícios físicos, cirurgias plásticas e cosméticos para ela continuar a ser lucrativa.

Assim atualmente a mídia exerce influência naquilo que é considerado padrão para o restante da sociedade e o padrão mostrado é o de um corpo magro e com músculos, além disso, quem não se encaixa nesse padrão é visto como alguém que não se esforça o bastante, pois a beleza é acessível a todos, enquanto em contrapartida, alguns que estão no padrão e são mostrados pelas mídias, alcança-o por meio das cirurgias plásticas.

### 3. OBESIDADE

Neste capítulo será apresentada a etiologia da obesidade, sua classificação, as comorbidades fisiológicas e psicológicas e a cirurgia bariátrica como forma de tratamento para a obesidade.

A obesidade é considerada uma doença de classe multifatorial, ou seja, são várias determinantes que, combinadas, geram distúrbios que irão resultar no comprometimento da saúde física e mental do indivíduo. Os fatores que irão contribuir para o desenvolvimento da doença estão relacionados a ordem genética e ambiental, não sendo de uma característica isolada, e sim um grupo de condições com múltiplas causas que resultam na obesidade (Francischi *et al.*, 2000).

A obesidade é uma doença que acomete parte considerável da população mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2022a), aproximadamente um milhão de pessoas no mundo são obesas, sendo 650 milhões de adultos, 340 milhões de adolescentes e 39 milhões de crianças. Além disso, a tendência é que estes números se expandam ainda mais.

A Organização Mundial da Saúde (2021) apresenta como base diagnóstica para a obesidade o *body mass index (bmi)* ou o índice de massa corporal (IMC). A unidade de medida deste indicador é  $\text{Kg/m}^2$ , ou seja, o IMC é igual a proporção de *Kilos*, divididos pela altura do indivíduo ao quadrado, em seu valor bruto. São definidos três pontos de corte para o indicador de IMC (valores de IMC de 18,5; 25,0 e 30,0), permitindo a seguinte classificação:

- Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso;
- Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico);
- Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso;
- Valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade.

Considerada como um fator resultante de uma combinação genética (doença crônica) e ambiental (contexto familiar, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e outros aspectos emocionais envolvidos), a obesidade não é um fenômeno recente e faz parte da evolução da espécie humana (Halpern, 1999).



Durante o período da pré-história a necessidade de sobrevivência em situações fortemente desfavoráveis em comparação com as atuais, exigia que nossos ancestrais tivessem grande capacidade de estocar energia e acumular gordura na obtenção de proteção térmica, para que então pudessem enfrentar as batalhas para conseguir alimentos, a exposição ao frio e a movimentação constante para encontrar condições ambientais de proteção à vida (Halpern, 1999).

Segundo Halpern (1999), nossos antepassados competiam com outros animais pelos recursos naturais disponíveis para saciedade da fome. A alimentação era realizada por meio do consumo de frutas, ricas em carboidratos e proteínas resultantes da carne ou carcaça de animais e peixes. Durante milhões de anos, alternavam refeições fartas e calóricas com a necessidade de longos períodos de jejum, de modo que nas ocasiões em que havia a disponibilidade de alimentos, ingeriam o máximo possível de calorias e armazenavam gordura para servir de reserva.

Em seus organismos havia mecanismos (genes para promover adipogênese, processos enzimáticos etc.), que facilitavam a obtenção desta reserva e desta proteção térmica, resultando na produção constante de gordura, que também era rapidamente metabolizada para prover as grandes queimas calóricas diárias, devido ao estilo de vida que era a eles atribuído (Halpern, 1999).

Com o passar do tempo, durante a adaptação da espécie humana, houve a mudança dos padrões de vida, passando o homem a ter oferta excessiva de alimentos – em especial alimentos industrializados – o acesso a tecnologias também contribuiu para que nos tornassem cada vez mais inativos, veículos motorizados que nos levam ao sedentarismo, todos esses avanços permitiram que essa capacidade de armazenar gordura, que era tida como essencial para nossos ancestrais, nos conduzisse ao risco da obesidade, devido a diminuição do gasto calórico (Halpern, 1999).

A obesidade, atualmente, é estudada e tratada como um assunto de grande relevância entre os órgãos de saúde do mundo todo, que buscam trazer informações, estatísticas e perspectivas de tratamento e prevenção da doença, não se tratando de uma nova descoberta e sim da mudança da percepção que tem sofrido variação desde a antiguidade, como expõe Silva e Dionizio (2019, p.3):

Espelho, na atualidade, de doença, estigma, preconceito e de inúmeros julgamentos, a obesidade já foi compreendida apenas como uma das muitas formas de existir do ser humano e até mesmo um aspecto positivo,

não como um problema a ser combatido, como é vista nos dias de hoje. Com um longo percurso desde a antiguidade, o excesso de peso passou por diversas formas de percepção, desde a apreciação, sendo exaltado como símbolo de poder, riqueza, fertilidade, saúde e beleza, até a depreciação, sendo rejeitado como símbolo de horror, descontrole, doença, morte e feiura, culminando, assim, na estigmatização e na culpabilização do próprio sujeito pela condição de seu corpo.

Historicamente, durante o processo de urbanização e industrialização da sociedade, o processo migratório acarretou o aumento populacional da cidade e a busca pelo controle das epidemias advindas das precárias condições de higiene passou a ser uma preocupação crescente. As práticas terapêuticas e a preocupação em se estabelecer medidas profiláticas levaram a novas práticas de tratamento das doenças totalmente centradas na ciência e medicina, assim como no controle dos corpos e de suas manifestações (Silva e Dionizio, 2019).

Nesse sentido, com o passar do tempo, houve uma preocupação com a biologia dos corpos e não apenas por seu aspecto estético, no qual o excesso de peso assumiu a equivalência de um problema de saúde pública. De acordo com a WHO (*World Health Organization, 2000 apud Silva e Dionizio, 2019, p.4*):

O maior progresso para compreensão dessa condição se deu a partir do século XX, quando a obesidade, em decorrência de suas comorbidades, foi efetivamente associada ao aumento significativo das taxas de mortalidade, ganhando maior visibilidade e demandando maiores estudos, a fim de reduzir e controlar sua incidência.

Apesar de ser conhecida a existência de indivíduos obesos desde a época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás, a obesidade nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais e vem crescendo em praticamente todos os países em que há acesso a alimentos (Halpern, 1999).

Segundo informações obtidas por um levantamento de dados da ABESO (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, [sd]), a Organização Mundial de Saúde afirma que a obesidade é considerada um dos problemas de saúde mais graves que são evidenciados atualmente para enfrentamento. Estima-se que até 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estarão acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30.

No Brasil, de acordo com os dados divulgados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), no período de 2006 para 2019, houve um aumento de 72% nos índices da obesidade, valendo ressaltar que o levantamento aponta uma frequência

semelhante em homens e mulheres entrevistados (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, [s.d]).

Para compreensão desse aumento significativo, deve-se levar em consideração a doença, do ponto de vista de seus aspectos genéticos, metabólicos, psicossociais, culturais e de estilo de vida. Dessa forma, abre-se a possibilidade do cuidado por uma perspectiva de uma enfermidade plural, trazendo a necessidade da criação de políticas públicas com ações multidisciplinares e intersetoriais na prevenção e combate à obesidade e promoção da saúde, fomentando a possibilidade da participação da sociedade civil nesse processo, por meio da responsabilização e do autocuidado (Wanderley e Ferreira, 2010).

### 3.1. Comorbidades ligadas à obesidade

Apesar da obesidade não ser considerada um transtorno psiquiátrico, o autor Paulo Dalgalarro (2019), abordou a questão em sua obra afirmando que se trata de um problema comum e bastante relevante para a saúde física e psicológica dos indivíduos. Ademais, a obesidade é uma condição de enorme interesse para a saúde pública, devido a relação com altas taxas de morbidade, mortalidade e piora na qualidade de vida.

De acordo com Melo (2011), a comunidade médica é bastante apreensiva a respeito das comorbidades associadas à obesidade e ao sobrepeso. Neste sentido, é fundamental ter conhecimento das doenças mais comuns em pacientes obesos, para que essas condições sejam diagnosticadas e tratadas o mais depressa possível, objetivando reduzir os riscos fatais.

#### 3.1.1. Patologias fisiológicas associadas à obesidade

Conforme a OMS (2013), a obesidade ou sobrepeso podem comprometer gravemente a saúde, pois a gordura exagerada gera sérias complicações para a vida do sujeito, podendo causar morte ou grande incapacidade. Uma vez que o excesso de peso prejudica diversos órgãos do corpo humano, como o coração, fígado e rins, além de afetar as articulações, sistema reprodutivo, propiciar o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, alguns tipos de neoplasias, doenças respiratórias, problemas de saúde mental e outros (OMS, 2022a).

No entanto, assim como as comorbidades da obesidade são causadas ou pioradas por ela, o controle do peso também ajuda no combate dessas demais doenças (Palmeira, 2020).

#### 3.1.1.1. Diabete mellitus tipo 2

De acordo com a OMS (2023a), diabetes é uma condição na qual o pâncreas não produz insulina em quantidades adequadas ou o corpo não responde eficientemente à insulina disponível. Essa substância, crucial para a regulação dos níveis de glicose no sangue, desempenha um papel essencial no equilíbrio metabólico. O descontrole glicêmico, conhecido como hiperglicemia, é uma consequência frequente do diabetes não gerenciado e, ao longo do tempo, pode resultar em problemas significativos a vários sistemas do organismo, como nos nervos e vasos sanguíneos.

Existem diferentes tipos de diabetes (Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Diabetes Gestacional). A DM1 é caracterizada pela fabricação insuficiente de insulina, o que exige a aplicação diária dela. Já a DM2, interfere na maneira como o corpo administra a glicose como fonte de energia. Ao dificultar a ação da insulina, os níveis de açúcar no sangue podem ser maiores do que o normal (OMS, 2023a).

Outrossim, embora frequentemente evitável, este tipo de diabetes equivale a mais de 95% dos casos e é influenciada por fatores como excesso de peso, sedentarismo e predisposição genética. Por fim, a Diabetes Gestacional se dá pela alta quantidade de glicose no sangue durante o período gestacional, porém os valores ainda não abaixo do diagnóstico de diabetes. Essa complicação pode afetar a gravidez e o parto (OMS, 2023a).

Alguns dos sintomas da diabetes são sensação intensa de sede, a frequência aumentada de micção, visão turva, fadiga persistente e perda de peso não intencional. Estes sintomas podem surgir de forma súbita e no caso da DM2, podem ser leves, pouco perceptíveis e passarem despercebidos por vários anos, o que pode resultar em complicações graves quando finalmente diagnosticada (OMS, 2023a).

Nesse sentido, o diagnóstico precoce é essencial na atenuação dos efeitos mais adversos dessa condição, pois conforme a diabetes se agrava, os vasos sanguíneos que irrigam o coração, os olhos, os rins e os nervos podem ser

prejudicados. Os danos nos olhos podem resultar em perda de visão permanente, enquanto problemas nos pés, causados por prejuízos nos nervos e falha da circulação sanguínea, podem levar a úlceras e, em casos graves, à necessidade de amputação. Ademais, diabéticos tem mais probabilidade de ter ataques cardíacos, derrames e insuficiência renal (OMS, 2023a).

#### 3.1.1.2. Hipertensão arterial

A hipertensão arterial, também chamada de pressão alta, surge quando a força exercida pelo sangue contra as paredes dos vasos sanguíneos atinge níveis elevados, geralmente 140/90 mmHg ou acima. Embora seja bastante comum, não deve ser subestimada, pois pode acarretar complicações sérias se não for devidamente tratada (OMS, 2023b).

Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver pressão alta, tais como idade avançada, predisposição genética, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física, consumo excessivo de alimentos ricos em sal e ingestão excessiva de álcool (OMS, 2023b).

É importante ressaltar que pessoas afetadas pela hipertensão podem não apresentar sintomas perceptíveis. Portanto, para identificar essa condição é somente por meio da medição da pressão arterial (OMS, 2023b).

A pressão arterial é representada por dois números, o primeiro, chamado de pressão sistólica, indica a pressão nos vasos sanguíneos quando o coração bate ou se contrai. Já o segundo número, denominado pressão diastólica, representa a pressão nos vasos quando o coração está em repouso entre batimentos (OMS, 2023b).

Dessa maneira, o diagnóstico de hipertensão arterial é confirmado quando, em medições realizadas em dois dias diferentes, a pressão arterial sistólica apresenta leitura igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90 mmHg em ambos os dias (OMS, 2023b).

#### 3.1.1.3. Doenças cardiovasculares

Conforme dados da OMS (2023c), as doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbitos em escala global, sendo responsável por aproximadamente 17,9 milhões de mortes anualmente. Essas condições englobam um conjunto de distúrbios afetando o coração e os vasos sanguíneos, abrangendo

doenças coronárias, cerebrovasculares e cardíacas reumáticas. Mais de quatro em cada cinco óbitos por doenças cardiovasculares são atribuídos às doenças coronárias e aos acidentes vasculares cerebrais, com um terço desses casos ocorrendo precocemente em indivíduos com menos de 70 anos.

Os principais fatores de risco comportamentais para doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais incluem uma dieta rica em gordura e açúcar, sedentarismo, tabagismo e consumo abusivo de álcool. Esses fatores podem resultar em condições como hipertensão, hiperglicemia, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade, aumentando o risco de ocorrência de infarto, AVC (Acidente Vascular Cerebral), insuficiência cardíaca e demais problemas (OMS, 2023c).

Muitas vezes, as doenças vasculares não apresentam sintomas evidentes, sendo que um ataque cardíaco ou AVC pode ser o primeiro sinal da presença dessas enfermidades. Alguns sintomas de um ataque cardíaco incluem dor ou desconforto no centro do peito, nos braços, ombros, cotovelos, mandíbula ou costas, dificuldade para respirar, náuseas, vômitos, tonturas, desmaios, suor frio e palidez (OMS, 2023c).

No caso de um AVC, o sintoma mais frequente é a fraqueza repentina no rosto, braço ou perna, normalmente em um dos lados do corpo. Outros sintomas incluem desordem mental, dificuldade na linguagem ou compreensão dela, problemas de visão, dificuldade em andar, tonturas, desequilíbrio, forte dor de cabeça sem motivo aparente, desmaio ou perda de consciência. Indivíduos que experimentarem esses sintomas devem se dirigir a assistência médica rapidamente (OMS, 2023c).

Por outro lado, os sintomas da cardiopatia reumática compreendem dispneia, fadiga, arritmias, dores no peito e desmaios, enquanto os sintomas da febre reumática, que podem levar à cardiopatia reumática se não cuidados adequadamente, envolvem febre, dor e inchaço nas articulações, náuseas, cólicas abdominais e vômitos (OMS, 2023c).

#### 3.1.1.4. Doenças respiratórias

As doenças respiratórias são comorbidades que impactam negativamente as vias aéreas e outras estruturas dos pulmões, englobando condições como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, doenças pulmonares ocupacionais, hipertensão pulmonar e apneia do sono (OMS, 2023d).

Entretanto, alguns métodos terapêuticos estão disponíveis para desobstruir as vias aéreas e aliviar a falta de ar, contribuindo para o gerenciamento dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas por essas enfermidades (OMS, 2023d).

A doença respiratória com maior prevalência em obesos é a apneia de sono. Em concordância com Melo (2011), a obesidade é um grande fator de risco para a apneia de sono e estima-se que cerca de 40% dos obesos possuem essa doença, ocorrendo principalmente em homens.

A apneia do sono é uma patologia caracterizada por interrupções constantes na respiração durante o sono, comumente acompanhadas por roncos altos. Esses intervalos causam breves períodos em que o corpo fica privado de oxigênio e a eliminação de dióxido de carbono é prejudicada. Por consequência, o cérebro desperta temporariamente para reabrir as vias respiratórias e restabelecer a respiração. Esse ciclo pode se repetir várias vezes durante a noite, interferindo no sono adequado, portanto no decorrer do dia sintomas como sonolência excessiva, dificuldade de concentração e dores de cabeça podem ser observados (OMS, 2019).

#### 3.1.1.5. Neoplasias

Neoplasia refere-se à rápida multiplicação de células anormais que se expandem para além de seus limites regulares e podem acometer partes do organismo, além de se espalharem para outros órgãos. Esse processo ocorre a partir da transformação de células saudáveis em células tumorais, passando por diferentes estágios (OMS, 2022b).

Algumas condições que favorecem o surgimento de neoplasias são o consumo de tabaco, álcool, dietas não saudáveis, falta de atividade/exercícios físicos e exposição à poluição do ar. Sendo que, aproximadamente um terço das mortes por câncer estão relacionadas ao tabagismo, índice de massa corporal elevado, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, baixa ingestão de frutas e vegetais e sedentarismo (OMS, 2022b).

Por conseguinte, as medidas preventivas para neoplasias compreendem conservar um peso corporal saudável, praticar exercícios físicos regularmente e se alimentar de maneira equilibrada, tendo uma alimentação rica em frutas e vegetais (OMS, 2022b).

Segundo Ferlay, *et al* (2020, *apud* OMS, 2022b), o câncer é uma das doenças que mais mata no planeta, resultando em mais ou menos 10 milhões de óbitos em 2020. Os tipos mais comuns de câncer nesse ano, isto é, os novos casos de câncer em 2020 foram de mama (2,26 milhões), pulmão (2,21 milhões), cólon e reto (1,93 milhão), próstata (1,41 milhão), pele (1,20 milhão) e estômago (1,09 milhão). De modo que, os cânceres que mais levaram a óbito no mesmo ano foram câncer de pulmão (1,80 milhão de mortes), cólon e reto (916 mil mortes), fígado (830 mil mortes), estômago (769 mil mortes) e mama (685 mil mortes).

### 3.1.2. Patologias psicológicas associadas à obesidade

Embora a obesidade seja definida por parâmetros antropométricos Cruz, Zanon e Bosa (2015, *apud* Scotton *et al.*, 2019) argumentam que outros fatores devem ser considerados para entender sua etiologia e como se dá a manutenção da obesidade, como os aspectos psicológicos, socioculturais, genéticos e fisiológicos. À vista disso, para reconhecer os causadores, mantenedores ou retro alimentadores do fenômeno obesidade é necessário olhar o sujeito por perspectivas emocionais e psicológicas.

De acordo com um estudo realizado por Souza *et al.* (2005), que buscou identificar aspectos comportamentais e sociais envolvidos na dificuldade em perder peso e mantê-lo a longo prazo, observou-se que as pacientes que estavam inseridas em um contexto propício à acumulação de peso possuíam: padrão de comportamento alimentar incorreto e desorganizado, falha no autocontrole desse comportamento, influência do estresse e de sentimentos negativos e ausência de apoio social e familiar na perda de peso, tiveram insucesso na tentativa de manutenção da perda de peso.

Dentre as variáveis trazidas no estudo, o fator emocional foi apontado pela maioria dos participantes como grande desafio a ser enfrentado. Eles consideraram sua rotina de vida estressante e referiam-se a sentimentos e/ou situações tais como: ansiedade, angústia, preocupação, solidão, tensão/estresse, raiva e tristeza como desencadeadores da vontade de comer. Tais dados, sugerem o estado emocional como um componente significativo na aquisição e acumulação de peso, além de condições financeiras de manter uma dieta equilibrada (Souza *et al.*, 2005).

De acordo com Stunkard e Wadden (1992, *apud* Pereira e Brandão, 2014), pessoas obesas podem sofrer preconceito e estigmatização por conta de sua



condição física, tanto na infância quanto na fase adulta, seja no âmbito social, profissional ou até mesmo por meio dos profissionais da saúde.

Nesse sentido, a imensa quantidade de alimentos ultra processados, hiper palatáveis, ricos em açúcar e gordura, somados ao estresse podem representar uma grande inclinação para a obesidade, visto que muitas vezes essas comidas são consumidas para atenuação momentânea de incômodos emocionais, como afirma a autora Klemens (2021, p.26):

[...] come-se por vários tipos de fome, por fome fisiológica, fome específica, fome emocional, come-se quando se vê alguém comendo, come-se quando sente o cheiro da comida, come-se porque está na hora de comer, come-se porque pela cultura não se pode rejeitar comida, come-se por motivos sociais, come-se para comemorar, come-se porque está na hora da refeição, come-se por vários motivos, principalmente por motivos emocionais e poucas vezes por motivos fisiológicos. Ou seja, nós seres humanos não nos alimentamos somente por razões biológicas ou fisiológicas, mas também comemos por razões sociais e emocionais. E muitas vezes essas se tornam um ciclo vicioso, se estamos tristes, comemos, se estamos estressados, comemos, se tiver problema, come para ajudar a acalmar, se deu tudo certo come-se por merecimento, se é para comemorar que seja com comida. A consequência de tudo isso, pode ser a obesidade e, essa não vem sozinha, ela vem carregada de sentimento de frustração, perda de controle, baixa autoestima, fracasso, desesperança, comorbidades, rigidez do comportamento, preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, compulsividade, distúrbios alimentares, crenças disfuncionais sobre o formato corporal, preocupação excessiva com o peso, padrões de beleza e alimentação, ou seja, causando um grande sofrimento emocional ao indivíduo.

Essa realidade talvez colabore para uma série de dificuldades emocionais e sentimentos negativos colocando em risco a saúde mental do indivíduo que pode desenvolver patologias psiquiátricas, como a depressão maior, ansiedade generalizada ou compulsão alimentar (Van Hout, Van Oudheusden e Van Heck, 2004 *apud* Pereira e Brandão, 2014).

#### 3.1.2.1. Depressão

No que diz respeito aos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR (APA, 2023), são eles: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente; Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento; Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica; Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado; e, Transtorno de Humor Não Especificado.

A Associação Americana de Psiquiatria – APA (2023, p.177) indica que as características gerais dos transtornos depressivos são “a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”.

Entretanto, no presente trabalho será detalhado especificamente o TDM, pois ele manifesta os sintomas clássicos desse grupo de transtorno, além de sua associação frequente com pacientes obesos, como citado anteriormente. Nesse sentido, o TDM é o transtorno depressivo mais diagnosticado se comparado aos outros, dado que possui uma prevalência de 7% considerando a população mundial. Ademais, ele é mais comum em mulheres do que em homens (APA, 2023).

Outrossim, alguns dos critérios diagnósticos do TDM são a presença de 5 ou mais dos sintomas a seguir: o humor depressivo; redução do interesse ou prazer; alteração expressiva de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou pouca energia; sentimento culpa ou inutilidade; dificuldade para pensar ou se concentrar; e, pensamentos de morte (APA, 2023).

Sendo que para o diagnóstico obrigatoriamente um deles deve ser o humor depressivo ou redução do interesse ou prazer; os sintomas devem ocorrer por no mínimo 2 semanas, evidenciando uma mudança no comportamento; sofrimento clinicamente relevante ou perturbação na vida do paciente; os sintomas não são causados por outras doenças ou uso de substâncias; não caracterizam transtornos psicóticos; e, ausência total de episódio de mania ou hipomania (APA, 2023).

Por fim, pacientes depressivos possuem chances 17 vezes maiores de cometer suicídio quando comparados a população geral. Ademais, episódios depressivos maiores são fatores de risco para comportamentos suicida, principalmente se já existiram tentativas ou ameaças contra a vida no passado (APA, 2023).

#### 3.1.2.2. Ansiedade

Os transtornos de ansiedade possuem em comum sintomas intensos de medo e ansiedade, sendo que o medo é uma emoção ativada por ameaças reais ou imaginadas, provocando pensamentos de perigo aparente e comportamentos de fuga e a ansiedade é a antecipação de uma futura ameaça, ocasionando tensão muscular, vigilância, comportamentos de cautela ou esquiva (APA, 2023).

De acordo com o DSM-5-TR, os transtornos ansiosos abarcam Transtorno de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social; Transtorno de Pânico; Especificador de Ataque de Pânico; Agorafobia; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento; Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica; e, Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado (APA, 2023).

Todavia, o TAG (Transtorno de ansiedade generalizada) será o único aprofundado neste trabalho, pois frequentemente está associado à obesidade, conforme mencionado parágrafos acima. Este transtorno possui uma prevalência de 1,3%, podendo variar de 0,2% e 4,3% no mundo todo e pode ser adquirido durante todas as fases da vida, sendo mais frequente em mulheres adultas (APA, 2023).

Os critérios diagnósticos incluem grande ansiedade e preocupação na maioria dos dias e em contextos diferentes por no mínimo 6 meses; dificuldade em controlar preocupação; apresentar 3 ou mais dos sintomas de inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou esquecimento; irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono; sofrer prejuízo em áreas fundamentais de sua vida; a ansiedade não pode estar associada ao uso de substâncias; e, não é mais bem explicada por outros transtornos existentes (APA, 2023).

### 3.1.2.3. Compulsão alimentar

Acerca dos transtornos alimentares, o Transtorno de Compulsão Alimentar é o mais relacionado a obesidade no DSM-5-TR, no qual encontram-se também: Pica; Transtorno de Ruminação; Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; e, outro Transtorno Alimentar Especificado e Transtorno Alimentar Não Especificado (APA, 2023).

A partir do DMS-5-TR, os transtornos alimentares são alterações na alimentação ou no comportamento alimentar, afetando o consumo ou absorção da comida e resultando em prejuízos na saúde e nos aspectos sociais da vida do sujeito (APA, 2023).

O TCA tem prevalência variável de 0,44% a 1,2% a nível mundial e as taxas são mais altas em pessoas do sexo feminino (APA, 2023). Além disso, segundo Yanovski, *et al* (1993, *apud* Bernardi, Cichelero e Vitolo, 2005), cerca de 50% dos

pacientes com TCA possuem como comorbidade a obesidade. Assim, entende-se que, não necessariamente, um obeso terá este transtorno, porém a metade dos indivíduos que possuem a condição da obesidade também sofrem com o transtorno alimentar mencionado.

Os critérios diagnósticos deste transtorno são definidos por: episódios frequentes de compulsão alimentar, ou seja, grande ingestão de alimento em um curto período, apresentando também uma sensação de descontrole; a associação de no mínimo 3 dos seguintes fatores: comer mais rapidamente que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento sem fome; comer sozinho por vergonha da quantidade de comida; sentir-se desgostoso, deprimido ou culpado depois de comer; e, grande sofrimento por conta da compulsão alimentar (APA, 2023).

Além disso, os episódios de compulsão precisam ocorrer no mínimo 1 vez por semana durante 3 meses; a compulsão alimentar não desencadeia comportamentos compensatórios disfuncionais como na Anorexia nervosa (AN) e Bulimia nervosa (BN); e, não acontece concomitantemente aos diagnósticos de AN e BN (APA, 2023).

Ademais, os níveis para classificação da gravidade deste transtorno podem ser leve (1 a 3 episódios por semana); moderada (4 a 7 episódios por semana); grave (8 a 13 episódios por semana); extrema (14 ou mais episódios por semana) (APA, 2023).

Conforme a APA (2023), as causas do TCA são pouco conhecidas até o momento e sabe-se que pode acometer indivíduos com o peso dentro da normalidade, sobrepeso ou obesidade, iniciando na infância ou fase adulta. No entanto, pacientes obesos e com compulsão alimentar consomem mais calorias do que os indivíduos com obesidade sem o transtorno e com o mesmo peso.

Em relação às consequências do transtorno compulsivo alimentar, ele pode interferir no desempenho de papéis sociais, na qualidade de vida, gerar descontentamento com a saúde, favorecer o ganho de peso e obesidade e influenciar na morbidade e mortalidade (APA, 2023).

Nesse sentido, algumas das opções para combater a obesidade e, por consequência, tratar suas comorbidades é a prática do exercício físico regular relacionada ao acompanhamento nutricional e alimentação saudável (Maia e Navarro, 2017). Já em relação ao tratamento farmacológico, a semaglutida, com

nome comercial Ozempic, apresenta resultados positivos na perda de peso (Gotardo, 2022).

Outrossim, Oliveira e Souza (2021) afirmam que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) demonstra ser uma intervenção efetiva na redução de medidas, já que ajuda o indivíduo com obesidade na mudança do estilo de vida, fazendo com que ele atinja seu objetivo de emagrecer e na manutenção do peso perdido.

Por fim, caso o paciente não tenha obtido sucesso com nenhuma das opções não-cirúrgicas, a cirurgia bariátrica se apresenta como um procedimento eficaz para a obesidade. No entanto, esta operação deve ser considerada em último caso, por sua natureza invasiva e pela possibilidade de ocasionar complicações e carências nutricionais no sujeito operado (Murara, Macedo e Liberali, 2012).

### 3.2. Cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica é uma das alternativas para aqueles que gostariam ou necessitam ter uma perda de peso, da qual por meio de técnicas estudadas cientificamente buscam tratar a obesidade grau 3, além de doenças relacionadas a ela como por exemplo, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensão (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Este procedimento consiste na redução do estômago, redefinindo-o com pequenas dimensões e saídas, da qual faz com que o indivíduo demore para ter um esvaziamento estomacal, sentindo-se satisfeito por um longo período e com pouco alimento devido à redução, conseqüentemente diminuindo a quantidade da alimentação diária (Sobral, 2013).

A cirurgia bariátrica surgiu em meados de 1970 com o cirurgião Salomão Chaib na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com técnicas derivadas de jejuno-ileais, do qual consistia em manter uma parte do intestino ativo e o restante excluído em uma alça fechada, impossibilitando a passagem de alimento, porém devido ao alto índice de complicações esta técnica caiu em desuso (Velhote, 2007).

A partir de 1980 o cirurgião Edward E. Mason, um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica trouxe o conceito de restrição gástrica, desenvolvendo algumas técnicas mundialmente conhecidas, como por exemplo, o *bypass* gástrico, gastroplastia horizontal e vertical com anel polipropileno (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [s.d]).

Durante os anos, as técnicas e abordagens cirúrgicas foram aumentando, além do aprimoramento das anteriores, como por exemplo, a gastroplastia vertical com anel de Mason foi substituída por bandas gástricas que podem ser ajustadas por videolaparoscópicas (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [s.d]).

O âmbito da cirurgia bariátrica ainda está em constante mudanças, nos últimos anos a SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica) tem lançado aplicativo para os pacientes e carteirinhas digitais, além da realização de diversos congressos na área da saúde (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [s.d]).

Além das atualizações com o aplicativo e carteirinhas digitais, ao longo dos anos a cirurgia ganhou maior relevância e visibilidade em todas as áreas, principalmente na atuação multidisciplinar, englobando maiores profissionais durante o procedimento, como endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, fisioterapeutas, psiquiatras e psicólogos, em busca de evitar complicações no pré, durante e pós-operatório (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, [s.d]).

Apesar do procedimento cirúrgico ser uma das alternativas para a perda de peso, para a realização do mesmo o paciente deve atender a quatro requisitos, sendo eles: IMC (índice de massa corpórea); idade; doenças associadas; e, tempo de doença (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Para o IMC o paciente deve atingir índice acima de 40 kg/m<sup>2</sup>; 35 kg/m<sup>2</sup> em caso de comorbidades ou 30 kg/m<sup>2</sup> em casos de comorbidades avaliadas como “graves” por um médico especialista. Além disso, é necessário que um endocrinologista comprove a intratabilidade da obesidade, ou seja, que apesar do IMC se enquadrar, não é possível algum outro tratamento diferente da cirurgia (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Em relação a idade, o paciente deve ter entre 18 e 65 anos, sendo que abaixo de 16 anos é possível somente em casos de síndromes genéticas, com consentimento familiar e indicação unânime da equipe médica, em pacientes entre 16 e 18 anos pode ser feito com indicação e consentimento e em idosos acima de 65 anos a cirurgia depende da avaliação da equipe (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Para os pacientes com doenças associadas à obesidade que são indicados para a cirurgia bariátrica, eles necessitam ter estabilidade de 2 anos no IMC, além de ter tentado outros tratamentos anteriormente com insucesso ou reganho de peso neste período (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Além destes critérios, algumas situações se tornam adversas a aprovação da cirurgia, como por exemplo: pacientes com limitações intelectuais graves; indivíduos que não possuem suporte familiar; pacientes com transtornos psiquiátricos não controláveis, como por exemplo, a dependência química e pacientes que tenham alguma doença genética (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

### 3.2.1. Tipos de cirurgia bariátrica

Atualmente existem três tipos de procedimento para a cirurgia bariátrica, sendo eles: de forma aberta, por videolaparoscopia e robótica. Um quarto tipo está sendo estudado, do qual permitiria o procedimento endoscópico, porém ainda está em fase de estudos para analisar a sua efetividade e em qual tipo de paciente poderá ser aplicado (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Conforme explicação da SBCBM (2017c) a videolaparoscopia consiste em realizar a introdução de pinças no corpo do paciente, realizando o procedimento necessário por meio de uma televisão ou monitor. Este tipo tornou-se um grande avanço na medicina e vem sendo utilizada em grande parte das cirurgias, por ser considerada um método eficaz e menos invasivo, além da diminuição de riscos diversos.

Além dos tipos, a cirurgia pode ser dividida e classificada em três técnicas: as restritivas, as disabsortivas e técnicas mistas. A primeira consiste na diminuição da quantidade de alimento que o estômago é capaz de receber, contribuindo para uma saciedade mais rápida por meio de câmaras e bandas gástricas ajustáveis (Azevedo *et al.*, 2005 *apud* Sobral, 2013).

As cirurgias disabsortivas efetuam a alteração no tamanho do estômago, reduzindo o tempo do alimento no intestino e conseqüentemente reduzindo a sua absorção, necessitando de maior suplementação de vitaminas (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017c). Essa técnica deixou de ser autorizada

pelo Conselho Federal de Medicina em 2005 devido ao alto índice de complicações na parte digestiva (Resolução CFM, 2005).

Por fim, a técnica mista é a mais utilizada e com maior índice de sucesso, da qual combina as duas citadas anteriormente, consistindo em restringir a capacidade de recebimento dos alimentos com um pequeno desvio curto do intestino e uma baixa absorção (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Além dos tipos e técnicas, existem os modelos de cirurgias a serem usadas, atualmente, conforme a SBCBM (2017c) o modelo cirúrgico mais utilizado no Brasil é o “*Bypass Gástrico*” ou “*Gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux*”, procedimento misto que consiste no grampeamento de uma parte do estômago com um desvio da parte inicial do intestino, do qual contribui para a diminuição da fome, combinando, portanto, uma baixa ingestão alimentar com um período maior de saciedade.

De acordo com Townsend *et al.* (2010 *apud* Marçal *et al.*, 2021) esse modelo, quando utilizado o procedimento laparoscópico, possui 1,5 vezes menos chances de complicações como, insuficiência respiratória, trombose venosa profunda e embolia pulmonar, visto que esta última é uma das complicações que causa maior medo nos pacientes. Um dos sintomas comuns neste tipo são as náuseas e vômitos, por conta da mudança anatômica do intestino, porém não pode tornar-se algo frequente, senão corre o risco de desidratação (Mancine, 2015; Lindekilde *et al.*, 2015; Roll e Cunha, 2006 *apud* Marçal *et al.*, 2021).

Um dos riscos que a cirurgia do tipo *Bypass Gástrico* possui é a deiscência de anastomose, sendo este o segundo motivo de morte mais frequente, ficando atrás somente da embolia pulmonar, esse risco consiste em uma cicatrização inadequada na linha do corte ou grampeamento, fazendo com que ocorra a saída do interior gástrico para a cavidade abdominal (Cameron e Cameron, 2012 *apud* Marçal *et al.*, 2021).

Outro risco que ocorre com grande frequência são as deficiências nutricionais e metabólicas, a falta de ferro atinge cerca de 15 a 40% dos operados e a deficiência de vitamina B12 acontece aproximadamente entre 12 e 75% dos casos, as duas necessitando que o paciente faça reposição para que não ocorra prejuízos maiores (Bordalo *et al.*, 2012 *apud* Marçal *et al.*, 2021).

Além do *Bypass gástrico*, a SBCBM (2017c) determina mais um modelo bem utilizado pela medicina, a “*Gastrectomia vertical*”, sendo do tipo restritivo, do qual



transforma o estômago em um tubo, restringindo sua capacidade de 80 a 100 ml e se tornou uma técnica benéfica para reduções de hipertensões, colesterol e triglicérides.

Esta técnica possui cerca de 10 a 30% de casos de paciente com complicações, sendo que os dois com maiores índices de ocorrência são: o refluxo gastroesofágico, com índice de 7,4%, da qual ocorre por conta da alteração anatômica e o vazamento de conteúdo gástrico, ocorrendo de 0 a 7% dos bariátricos, do qual assim como a deiscência de anastomose, ocorre um vazamento gástrico para a cavidade abdominal (Silva *et al.*, 2012 e Domene *et al.*, 2005 *apud* Marçal *et al.*, 2021).

Entre os modelos menos utilizados, estão a “Duodenal *switch*” e a “Banda gástrica ajustável”. A primeira consiste na retirada de 60% do estômago, porém causa baixa absorção dos nutrientes presentes nos alimentos e a segunda técnica coloca-se um anel em volta do estômago, apertando e possibilitando o controle do seu esvaziamento, pouco utilizada por conta das complicações que este anel pode causar no intestino (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017c).

### 3.2.2. Procedimentos para a aprovação da cirurgia bariátrica

Para que o paciente seja aprovado na realização da cirurgia bariátrica ele necessita primeiramente atender aos requisitos básicos citados anteriormente, como o IMC (índice de massa corpórea); idade; doenças associadas; e, tempo de doença (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e).

Após passar por esta etapa o indivíduo começa os preparativos para o pré-operatório, iniciando com a assinatura do termo de consentimento, reconhecendo estar ciente dos benefícios e riscos da cirurgia, além disso, é indicado que durante o período até a realização cirúrgica ele perca o máximo de peso possível, pois isto possibilita melhores resultados anestésicos e operatórios (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017d).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017d), durante o pré-operatório o paciente, obrigatoriamente, deverá passar por consultas e exames com alguns profissionais, sendo eles: cirurgião, cardiologista, psicólogo ou psiquiatra e nutricionista. Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (2005) acrescenta a necessidade do anestesista, fisioterapeutas e enfermeiros neste procedimento.

O cardiologista contribui para a cirurgia bariátrica com sua avaliação a respeito do sistema cardiopulmonar, possíveis restrições ou cuidados que necessitam ter na cirurgia, como o tempo de internação, distúrbios respiratórios, eletrocardiograma, sensibilidades a sedativos, restrições pulmonares, entre outros, além de avaliação dos riscos de mortalidade e tromboembolismo pulmonar por meio de uma avaliação previamente estabelecida (Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2017).

O psicólogo ou psiquiatra é responsável por realizar a avaliação psicológica do qual irá analisar se o paciente está apto ou não para a realização da cirurgia, sendo papel deste profissional orientar, avaliar e preparar o sujeito para os fatores psicológicos envolvidos no procedimento cirúrgico, verificar possíveis quadros psiquiátricos, psicopatológicos, comportamentais e emocionais que possam intervir no tratamento, auxiliar o paciente na compreensão de possíveis mudanças necessárias acerca destas questões, além de continuar com o acompanhamento psicológico pós cirurgia (Flores, 2014).

O nutricionista auxilia na manutenção da perda de peso antes, durante e após o procedimento cirúrgico, uma vez que essa redução se inicia antes da cirurgia. Esse profissional visa ajudar o paciente a ter algumas mudanças de hábitos buscando atingir uma rotina alimentar saudável que possa contribuir para a perda de peso e obtenção de melhores resultados no momento da gastroplastia. A consulta se inicia com o entendimento por parte do profissional acerca da rotina do paciente e se estende até o planejamento nutricional e acompanhamento pós bariátrica (Rodrigues *et al.*, 2017).

O trabalho do anestesista durante o procedimento da cirurgia bariátrica é avaliar qual o tipo de anestesia é a melhor opção para o paciente. Devido ao excesso de peso destes sujeitos, a indução anestésica pode apresentar dificuldades para obtenção de acesso vascular, monitoração da pressão arterial e cálculos da quantidade necessária da anestesia. A escolha do método depende desta avaliação, considerando ainda a duração da cirurgia, técnica utilizada e as necessidades clínicas de cada paciente (Cambrais e Júnior, 2022).

O profissional da fisioterapia tem seu papel no pré-operatório auxiliando na redução dos possíveis riscos cirúrgicos, principalmente na parte respiratória, uma vez que a obesidade reduz a expansão torácica, influenciando negativamente em todo o processo respiratório. Por meio de exercícios físicos o fisioterapeuta prepara

o paciente para a cirurgia, auxiliando na expansão pulmonar e melhorando as condições do mesmo (Magni *et al.*, 2019).

O enfermeiro é o profissional responsável por avaliar, orientar, explicar e monitorar o paciente no que diz respeito aos aspectos físicos e mentais. Algumas de suas funções compreendem: avaliar a hidratação e alimentação, além de orientar a respeito de sua importância; monitoramento da perda de peso; investigar possíveis queixas em relação a todo o processo, mas principalmente a questões intestinais; identificar fatores de risco cirúrgico; explicação sobre a importância de seguir as orientações médicas; avaliar o grau de interação social e relacionamentos sociais; e, além disso tudo, também é responsável pelos cuidados iniciais como a triagem e medicações (Felix, Soares e Nóbrega, 2012).

Como visto acima, cada profissional possui sua relevância durante o procedimento para a cirurgia bariátrica, porém nota-se a importância do trabalho em conjunto, a partir do momento em que a avaliação de cada um complementa a do outro, como por exemplo, para o psicólogo aprovar o paciente, se faz necessário compreender seu histórico com a perda de peso, com o profissional da nutrição ou então para o enfermeiro passar as orientações corretamente, necessita das orientações do médico e assim por diante.

Além disso, após a cirurgia o paciente necessita passar por diversas alterações em sua vida relacionadas à saúde, como por exemplo, a alimentação, inserir atividades físicas em sua rotina, consultas médicas para verificar a eficácia cirúrgica e acompanhamento nutricional e psicológico, tornando-se importante a continuidade desse tratamento multiprofissional, com o objetivo de obter resultados positivos no pós-operatório (Bruziguessi, 2010).

#### **4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Neste capítulo será apresentado como se dá a cirurgia bariátrica no sistema único de saúde, qual a demanda, o tempo de espera e os dados quantitativos dessa cirurgia dentro desse sistema.

O procedimento da cirurgia bariátrica possui um alto custo quando realizado de forma particular, porém os convênios cobrem esse procedimento desde que constatado o enquadramento nos critérios citados anteriormente para ser aprovado na cirurgia bariátrica, em contrapartida, uma parcela da população não possui condição financeira ou não faz parte de convênio particular, portanto recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Dias e Arenas, 2022).

O SUS foi constituído pela Lei nº 8.080/90 e busca a promoção, proteção e recuperação do bem-estar por meio do oferecimento de serviços na área da saúde de forma gratuita a toda população (Brasil, 1990). Além disso, a Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Desde a criação do SUS, este tem se tornado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, uma vez que sua cobertura atende desde procedimentos simples, como por exemplo, avaliação de pressão arterial, até casos complexos, como um transplante de órgãos, com atendimento totalmente gratuito, de direito a todos e sem discriminação (Brasil, [sd]).

Esse sistema possui três princípios, sendo eles: a Universalização, da qual expressa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, independente das características físicas, sociais e econômicas do sujeito; O princípio da equidade, que busca diminuir as desigualdades, levando em consideração que as pessoas são diferentes e devem receber o tratamento ideal dentro de suas necessidades (Brasil [sd]). Por fim, o princípio da Integralidade, que propõe uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que impactam diretamente na saúde e na qualidade de vida dos usuários do sistema, proporcionando o atendimento a todos, conforme as suas necessidades (Brasil [sd]).

Além dos princípios que regem o SUS, o sistema possui outros dois que comandam a organização, sendo eles o princípio de Regionalização e

Hierarquização e o princípio de Descentralização e Comando único. O primeiro estabelece que os serviços oferecidos devem seguir um nível crescente de complexidade, seguindo o que a região oferece e qual a urgência do caso em questão (Brasil [sd]).

O segundo princípio de descentralização e comando único determina que a responsabilidade do sistema deve ser distribuída entre os três níveis (federal, estadual e municipal) conforme as funções de cada um, além disso, o comando único estabelece que cada ente do governo possui autonomia para tomar decisões em relação aos seus planejamentos e ações, desde que siga as normatizações federais (Brasil [sd]).

O Sistema Único de Saúde é gerenciado pelos três entes da Federação, sendo eles: a União, os Estados e os Municípios. O ente da União é a responsável pela gestão a partir do Ministério da Saúde, ela contribui com metade dos gastos da saúde pública, sendo que a outra metade compete aos estados e municípios, além disso, é nesse ente da União que as políticas nacionais de saúde são criadas (Brasil [sd]).

Os estados são os responsáveis por coordenar o SUS dentro do seu estado e, por meio das secretarias organizam os atendimentos dentro de sua região e possui autonomia para formular suas próprias políticas. Por fim, os municípios possuem como função a execução das ações planejadas e possui autonomia para coordenar o sistema dentro de seu município, obedecendo a normatização federal (Brasil [sd]).

Além disso, esse sistema é dividido entre a atenção primária<sup>7</sup>, secundária<sup>8</sup> e terciária<sup>9</sup>, das quais se diferenciam pelo nível de complexidade dos casos atendidos e englobam ainda os serviços da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (Brasil, [sd]).

Além desta divisão estrutural, o SUS possui os Conselhos de Saúde, dos quais são compostos por representantes governamentais, prestadores de serviço,

---

<sup>7</sup> A atenção primária é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e são responsáveis por atendimentos e ações de prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2022).

<sup>8</sup> A atenção secundária é composta por serviços de média complexidade e possui serviços especializados, como pediatria, cardiologia, psiquiatria, psicólogo, ortopedia, entre outras especialidades (Brasil, 2022).

<sup>9</sup> A atenção terciária são os serviços de alta complexidade, englobando os serviços de emergências, como os hospitais, Santas Casas, hospitais universitários e procedimentos que necessitam de tecnologias mais complexas e de alto custo, como um transplante (Brasil, 2022).

usuários e profissionais em busca de planejar ações e suas execuções, além de lidar com questões financeiras e econômicas que envolvem o sistema (Brasil [sd]).

Atualmente o SUS possui cinco conselhos, sendo eles: Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) (Brasil [sd]).

As comissões atuam como foros de negociação entre os entes Federais, Estaduais e Municipais, enquanto os conselhos atuam dentro das comissões de forma representativas dos estados e municípios para tratar a respeito dos serviços oferecidos à saúde (Brasil [sd]).

Para garantir o funcionamento do SUS a partir desta organização, ele possui alguns princípios a serem, sendo eles: a Universalização, da qual expressa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, independente das características físicas, sociais e econômicas do sujeito; O princípio da equidade, que busca diminuir as desigualdades, levando em consideração que as pessoas são diferentes e devem receber o tratamento ideal dentro de suas necessidades (Brasil [sd]).

Por fim, o princípio da Integralidade, que propõe uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que possuem impactos ligados diretamente a saúde e a qualidade de vida dos usuários do sistema, buscando proporcionar o atendimento a todos, conforme as suas necessidades e queixas trazidas até o serviço (Brasil [sd]).

O Sistema Único de Saúde como visto nos expostos teóricos acima possui como princípio oferecer serviço de saúde para toda a população de forma gratuita, englobando todos os tipos de serviço, desde uma consulta preventiva até cirurgias de alta complexidade, a partir de uma divisão entre os níveis do governo (municipais, estaduais e federais), do qual cada um assume uma responsabilidade, porém todos em busca de ofertar a melhor qualidade de atendimento à população.

#### 4.1. A cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde

A obesidade é considerada um problema de saúde pública e por conta disso a legislação prevê que os indivíduos que se enquadrem nos critérios cirúrgicos devem receber total cobertura de tratamento pelo SUS, porém, além de oferecer as condições físicas para isso, deve prestar assistência terapêutica, aplicação das

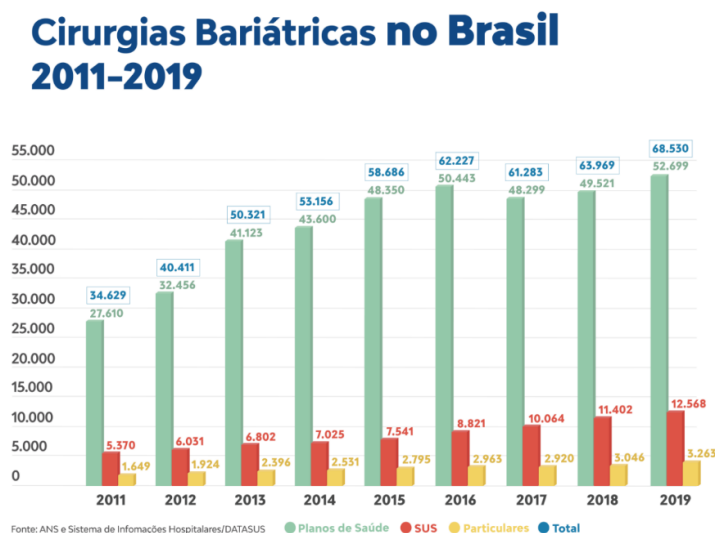
políticas sociais e o que se fizer necessário para obter resultados positivos (Izidorio e Lima, 2012).

Inclusive, para a realização da cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde, é exigido o acompanhamento e auxílio dos familiares durante o processo todo, desde a avaliação até a efetivação da cirurgia, com o objetivo de fornecer um suporte aos candidatos e à família, que irá passar por mudanças nos hábitos, principalmente os alimentares (Mioto, 2004).

Apesar da cirurgia bariátrica ter começado a surgir em 1970, ela foi inserida no SUS somente em 1999, sendo constituída atualmente por meio da Portaria nº 196/00, da qual aprovou a inserção do procedimento no Sistema Único de Saúde, determinando a quantidade de centros especializados em cada região do Brasil e os critérios clínicos (Brasil, 2000).

Porém, apesar de ser um procedimento inserido no SUS, ainda possui um baixo número de realizações quando comparado com convênios, conforme figura 1 abaixo, disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2020), é possível analisar uma comparação entre a quantidade de cirurgias bariátricas realizadas por planos de saúde, pelo SUS e as particulares:

**Figura 1: Cirurgias bariátricas no Brasil entre os anos 2011 e 2019**



**Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2020)**

Um estudo mais recente feito pela SBCBM (2023) levantou que entre 2017 e 2022 foram feitas 315.720 cirurgias bariátricas, porém somente 46.791 foram realizadas pelo SUS, ou seja, somente 14,82%, 252.929 por planos de saúde, representando 80,11% e 16.000 particulares, sendo 5,07%. Em contrapartida, 2022 constatou-se aproximadamente 863.083 pessoas com obesidade nível III, a mais grave de todas, ou seja, a quantidade de brasileiros precisando da cirurgia é maior que o total de cirurgias realizadas.

Além disso, foi levantado que no ano de 2023, o Brasil conta com 7.700 hospitais, porém apenas 98 realizam o procedimento bariátrico e o Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá não oferecem este serviço no Sistema Único de Saúde (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2023).

O fato do SUS ofertar um número relativamente baixo, quando comparado com os convênios, pode ser explicado devido ao alto custo mencionado anteriormente para a realização deste procedimento, limitando a quantidade disponibilizada de cirurgia pelo país, em contrapartida, a população que busca esse serviço acaba sendo maior que a quantidade ofertada, ocasionando grandes filas de espera (Dias e Arenas, 2022).

Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2019) a fila de pessoas à espera da cirurgia pelo SUS é de aproximadamente 700 mil pessoas, sendo que o tempo médio de espera para a realização é de quatro a seis anos e como algumas explicações para isso, destacam que os hospitais públicos possuem baixa capacidade para cirurgias ou disputam com outras áreas da qual a demanda também é grande.

Como visto, o acesso a cirurgia bariátrica envolve questões que ultrapassam uma lei regulamentadora e atualmente as políticas públicas de saúde não estão conseguindo suprir a demanda da população, porém vale ressaltar que além de proporcionar a população o acesso a cirurgia bariátrica de forma gratuita, se faz necessário desenvolver tais políticas focadas no combate à desigualdade, na possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e informações acerca do tema em busca de inclusão e um sistema mais igualitário (Andrade, Cesse e Figueiró, 2023).





## **5. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Será apresentado no decorrer deste capítulo qual o papel do profissional da Psicologia no tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica, destacando como se dá sua atuação no pré e no pós-operatório.

Como visto anteriormente, a cirurgia bariátrica demanda um processo de avaliação psicológica para analisar se o candidato está apto a realização do procedimento cirúrgico, no que diz respeito aos aspectos emocionais que possam interferir nos resultados da cirurgia.

Ao ser encaminhado para uma avaliação psicológica e preparação para a cirurgia bariátrica, o paciente pode apresentar ansiedade e certa resistência por acreditar que não necessita falar com um psicólogo, desse modo, o profissional da psicologia deve conduzir a entrevista e ao mesmo tempo lidar com esses sentimentos apresentados pelo paciente (Franques, 2011).

Nesse primeiro contato, o profissional deve fazer o acolhimento do candidato a cirurgia, tirar todas as dúvidas a respeito de como a avaliação e o preparo psicológico serão conduzidos, preparando-o para lidar com as mudanças que irão ocorrer. Além disso, para esse acolhimento inicial deve-se preparar o ambiente para que ele se sinta confortável (Franques, 2011).

Quanto às características mais importantes do terapeuta, Craig (1991 *apud* Franques, 2011), menciona ser empático, autêntico, respeitoso, cordial etc. Sendo essas características que podem contribuir no vínculo entre o paciente e o psicólogo para que possa ter um melhor resultado no que diz respeito a avaliação e adesão do paciente a continuar no processo terapêutico.

O início do trabalho do psicólogo no pré-operatório ocorre na primeira consulta, na qual a entrevista psicológica desempenha um papel crucial. Essa técnica, representa um dos principais instrumentos utilizados pelos terapeutas no processo de avaliação dos pacientes, já que é por meio dela que se obtém a maior parte das informações que são relatadas por eles, além da observação do comportamento (Franques, 2011).

As entrevistas possuem diferentes tipos, métodos de condução e interpretação de dados. Contudo, devido ao tempo limitado disponível para atender os pacientes candidatos à cirurgia, é essencial utilizar a técnica da entrevista semidirigida. Nesse contexto, o profissional permite que o paciente se expresse

livremente, intervindo para esclarecer pontos e obter mais informações, sem parecer um interrogatório (Franques, 2011).

As perguntas realizadas na entrevista têm o objetivo de coletar as informações necessárias e propiciar ao paciente maior consciência de suas dificuldades. A partir da anamnese, é possível compreender a história do paciente e é fundamental entender sua situação atual para analisar como se relaciona com determinados aspectos de sua vida (Franques, 2011).

Quando se considera a avaliação de uma pessoa obesa para a cirurgia bariátrica, é fundamental reconhecer que essa intervenção resultará em uma mudança rápida, especialmente no que se refere à imagem corporal. Destaca-se a importância da identificação do transtorno em relação a imagem corporal como algo que influencia a capacidade de lidar com modificações em pacientes psicossomáticos (Gleiser, 2011).

Nessa perspectiva, sugere-se que essa abordagem deveria ser o fundamento tanto do trabalho pré quanto do pós-operatório. Esses indivíduos passarão por transformações reais em seus corpos e o êxito da cirurgia está intrinsecamente relacionado à capacidade desses pacientes de perceberem sua verdadeira imagem e buscarem fontes de satisfação (Gleiser, 2011).

Considera-se um fator importante a realização de uma avaliação psicológica em pacientes que estão em preparação para a cirurgia bariátrica, devido ao fato de que o procedimento cirúrgico traz mudanças significativas na vida da pessoa, possuindo funções como, fazer uma análise das condições psicológicas e fornecer informações referentes a cirurgia e seu impacto na vida do candidato (Belfort, 2011).

Segundo Garrido Jr. (2002 *apud* Belfort, 2011), a decisão de submeter um paciente à intervenção cirúrgica para tratar a obesidade deve basear-se em diversos aspectos clínicos, incluindo a avaliação das capacidades psicológicas do indivíduo para enfrentar as mudanças comportamentais radicais exigidas pela operação.

Neste contexto, é importante elucidar os recursos psicológicos que demonstram que o paciente está mais adequado para a cirurgia. Além de aspectos fundamentais, como a existência de psicopatologias graves, é essencial considerar a presença de habilidades para elaborar conflitos, também devem ser observadas a capacidade de dissociar a cirurgia das questões emocionais e uma visão menos distorcida do próprio corpo (Belfort, 2011).

Os psicólogos envolvidos na avaliação para cirurgia bariátrica contam com dois modelos de intervenção, os quais têm sido refinados ao longo dos anos. Esses modelos podem ser caracterizados por uma abordagem de avaliação individual ou em grupo (Belfort, 2011).

De acordo com Resolução nº 009/2018 de 25 de abril de 2018, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia, a Avaliação Psicológica é considerada:

Um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas.

Na avaliação individual, são utilizados instrumentos reconhecidos na psicologia como métodos diagnósticos, incluindo a anamnese, alguns testes como, por exemplo, o teste casa-árvore-pessoa (HTP) e recursos específicos elaborados para uma compreensão aprimorada do paciente (Loli 2005 *apud* Belfort, 2011).

Geralmente, a avaliação é realizada em cerca de quatro sessões, incluindo a entrevista e anamnese, aplicação do teste e a devolução das informações. A aplicação desse procedimento é eficiente para auxiliar no entendimento da personalidade do indivíduo, possibilitando a elaboração do prognóstico da adaptação à cirurgia e, do mesmo modo, a obtenção de informações (Belfort, 2011).

Em determinadas circunstâncias, é comum recorrer à avaliação em grupo, uma abordagem técnica frequentemente utilizada quando há um grande número de pacientes. Isso ocorre, por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS), devido à pouca quantidade de vagas e a alta demanda (Belfort, 2011).

Nesse contexto, são apresentadas nos primeiros encontros as informações do processo cirúrgico e a avaliação é conduzida gradualmente por vários meses. Além de possuir a função de transmitir as informações e contribuir com a avaliação da personalidade, essa abordagem também desempenha uma função terapêutica, auxiliando o paciente a lidar com dificuldades e preparando-o de maneira mais adequada para a cirurgia (Belfort, 2011).

Na prática clínica, percebe-se a importância dos antecedentes de comportamentos aditivos, considerando a possibilidade de sua repetição. Assim, na entrevista psicológica, ressalta-se o levantamento de alguns dados considerados essenciais, como fumar, consumir álcool ou drogas, o modo de organização das atividades, situações de compras impulsivas, provocar vômitos, usar laxantes ou diuréticos, realizar automutilação, apresentar ansiedade, possuir diagnóstico de

transtornos alimentares, fazer tratamentos ou apresentar sintomas depressivos e histórico de tratamentos para obesidade. A exploração desses aspectos visa um diagnóstico preventivo identificando possíveis riscos nesses pacientes (Arenales-Loli e Preto, 2011).

Ao final do processo de avaliação, o profissional da psicologia deve elaborar um relatório psicológico para entregar ao paciente no último encontro antes da cirurgia, esse relatório desempenha a função de resumir e reforçar o trabalho realizado durante o pré-operatório (Arenales-Loli e Preto, 2011).

Na leitura e discussão do relatório, reafirma-se a incumbência do paciente e são fornecidas orientações para garantir o sucesso do procedimento cirúrgico. Mesmo após a operação, destaca-se que o paciente ainda desempenha um papel significativo em seu processo de emagrecimento (Arenales-Loli e Preto, 2011).

De acordo com a Resolução 007/2003 de 14 de junho de 2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o relatório psicológico é uma descrição do que foi investigado durante o processo de avaliação psicológica. Sendo embasado em dados coletados por meio de diversas técnicas, além de se apoiar em um referencial teórico adotado pelo psicólogo. O objetivo do relatório é apresentar os resultados da avaliação, abordando o que foi ou deve ser feito a partir disso, fornecendo apenas informações essenciais.

No que diz respeito à estrutura do relatório psicológico, a Resolução 06/2019 de 11 de setembro de 2019 do CFP traz a seguinte informação: “O relatório psicológico deve conter, no mínimo, 5 (cinco) itens: identificação, descrição da demanda, procedimento, análise e conclusão”.

Arenales-Loli e Preto (2011) sugerem que sejam acrescentados ao relatório psicológico alguns dados de identificação do paciente, que seja descrito quando há presença ou ausência de transtornos mentais e abuso de álcool ou drogas, também algumas observações a respeito do que foi trabalhado e quais técnicas usadas. Além dos cuidados éticos, visto que o médico terá acesso ao documento, desse modo as autoras sugerem que sejam acrescentadas considerações éticas para que se possa preservar o sigilo quanto às informações obtidas.

Além do relatório, o psicólogo pode elaborar um laudo psicológico, que de acordo com a Resolução 06/2019 de 11 de setembro de 2019 do CFP é fruto de uma avaliação psicológica e tem como objetivo fornecer dados técnicos e científicos sobre os aspectos psicológicos, levando em consideração os fatores históricos e

sociais do indivíduo, grupo ou organização, a fim de auxiliar na tomada de decisões relacionadas à demanda apresentada. Quanto a sua estrutura, ele é composto pelos itens: “identificação, descrição da demanda, procedimento, análise, conclusão e referências”.

Outro aspecto relevante, quanto às incumbências do psicólogo com pacientes obesos mórbidos que realizaram a cirurgia bariátrica, é o acompanhamento pós-cirúrgico, pois a psicoterapia é uma forma de prevenir a ocorrência de recaídas e ajuda a manter um equilíbrio entre físico e mental. Sendo que, as mudanças da própria imagem são os pontos cruciais trabalhados na clínica (Gleiser e Candemil, 2011).

E esse trabalho psicoterápico, de acordo com as autoras, traz desafios devido a pouca quantidade de pacientes que permanecem com acompanhamento após a realização do procedimento cirúrgico. Além disso, essa interrupção do tratamento está relacionada a possíveis problemas em lidar com as emoções, isso ocorre devido às mudanças corporais.

Em um estudo longitudinal envolvendo 782 pacientes que foram submetidos a cirurgia há no mínimo 2 anos, foram analisados em diferentes intervalos. Os resultados indicaram que dentre os pacientes em que a cirurgia não obteve sucesso, 60% nunca passaram por acompanhamento psicológico, embora os pacientes tenham a orientação de permanecer com um acompanhamento multidisciplinar (Oliveira *et al.*, 2008 *apud* Sousa, 2014).

De modo geral, observa-se uma propensão em enfatizar o período de preparo, uma vez que é um processo importante para a realização da cirurgia. Por outro lado, o acompanhamento pós-operatório geralmente se baseia em instruções médicas, as quais, na maioria das vezes, são ignoradas pelos pacientes, embora seja uma fase essencial para manter os resultados da cirurgia (Venzon e Alchieri, 2014).

Em um estudo realizado por Bassan *et al.* (2012 *apud* Venzon e Alchieri, 2014), foi analisada uma amostra de 80 pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica há pelo menos dois anos. Nesse estudo, identificaram que 23% das pessoas tiveram reganho de peso demonstrando uma relação entre o ganho de peso e comportamentos como descuido alimentar, a falta de atividade física e de um acompanhamento psicológico.

Por meio da pesquisa apresentada no artigo: “*Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica*”, pode-se notar por meio dos resultados, a relevância de um acompanhamento psicológico a longo prazo durante o pós-operatório, contrapondo a tendência observada na literatura, que geralmente enfatiza o período pré-operatório (Venzon e Alchieri, 2014).

Os dados coletados reforçam as constatações de alguns estudos realizados que apontam que os indivíduos que se encontravam no pós-operatório, poderiam apresentar características psicológicas como: presença de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), comportamentos impulsivos, dificuldades intrapessoais e interpessoais, autoestima rebaixada e distorções na percepção. (Valenti, Omizo e Maledrona, 2011; Vervaet, van Heeringen e Audenaert, 2004; Hilbert *et al.*, 2011; Passos, Yazigi e Claudino, 2008; Elfagh, 2011 *apud* Venzon e Alchieri, 2014).

Além disso, revelam a necessidade de atenção contínua para sintomas depressivos e ansiosos no período pós-cirúrgico, indicando que a presença de TCA e impulsividade estão relacionadas ao reganho de peso. Essas constatações ressaltam a importância de um tratamento contínuo, evidenciando que os aspectos psicológicos no pós-operatório não devem ser ignorados, considerando que a cirurgia é apenas uma parte do tratamento da obesidade (Dahl *et al.*, 2010; Niego, *et al.*, 2007 *apud* Venzon e Alchieri, 2014).

A fase pós-operatória demanda uma continuidade no tratamento, visto que o problema relacionado ao potencial reganho de peso persiste, mantendo-se alinhada à raiz da obesidade: o desequilíbrio entre a quantidade do que é consumido e do que é gasto. Isso enfatiza dois pensamentos: a gastroplastia não representa uma solução definitiva, mas sim uma etapa bem-sucedida quando combinada a mudanças (Van Hout *et al.*, 2006 *apud* Venzon e Alchieri, 2014).

Após cerca de um ano da realização da cirurgia bariátrica, caso o paciente não continue um acompanhamento psicológico positivo, ou seja, que consiga trazer bons resultados para ele, ele pode procurar outras formas de expressão além da comida, podendo se formar duas vias para isso, a depressiva e a compulsiva (Magdaleno Jr., Chaim e Turato, 2009 *apud* Della Mía e Peccin, 2017).

A via depressiva refere-se aos sintomas vagos que o paciente começa a ter sobre ele, uma sensação frequente de vazio, começa a perder interesses por coisas que antes da cirurgia ele gostava e sentia prazer em realizar, sentimentos de angústia e tende a apresentar baixo desempenho em sua vida profissional,

acadêmica e pessoal (Magdaleno Jr., Chaim e Turato, 2009 *apud* Della Mía e Peccin, 2017).

A via de compulsão está relacionada a impulsividade, algo presente na vida de uma pessoa obesa, sendo esse traço um dos responsáveis por fazer a pessoa buscar a comida, podendo esse impulso retornar caso não tenha o acompanhamento, contribuindo para que o paciente volte a ter um ganho de peso significativo (Magdaleno Jr., Chaim e Turato, 2009 *apud* Della Mía e Peccin, 2017).

Além disso, é comum no pós-operatório que pacientes bariátricos enfrentem dependência afetiva, ansiedade, angústia, distorção de imagem corporal, transtornos compulsivos obsessivos e depressão, conforme estudo realizado com 47 pacientes bariátricos (Pull, 2010; Dellosso, Silva e Cunha, 2013 *apud* Della Mía e Peccin, 2017).

Como visto, é fundamental o acompanhamento pré e pós-operatório. Dessa forma, é muito importante o acompanhamento psicológico em ambas as situações, pois o sucesso da cirurgia também vai depender da implicação do paciente na compreensão dos aspectos emocionais envolvidos no processo.



## **6. MÉTODO**

### **6.1. Participantes e local**

Para esta pesquisa participaram um total de seis psicólogos que atuam na clínica, com experiência em atendimentos de pacientes bariátricos, desde o momento da avaliação para aprovação da cirurgia até o acompanhamento do pós-operatório.

Para inclusão nesta pesquisa, o psicólogo necessitava de no mínimo seis meses de experiência na área com atuação focada em pacientes bariátricos, desde o pré até o pós-operatório.

Os critérios de exclusão compreendiam profissionais com atuação recente ou que não possuíam experiência com indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes que realizaram o procedimento.

### **6.2. Instrumentos**

Para a realização da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada.

O roteiro contou com questões que buscaram compreender a atuação do psicólogo com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, quais os métodos e critérios utilizados para aprovação, como é realizado o acompanhamento terapêutico após a realização da cirurgia, quais as principais demandas e dificuldades que tendem a surgir nesse procedimento.

### **6.3. Aparatos de pesquisa**

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelhos eletrônicos e posteriormente transcritas em meio digital.

### **6.4. Procedimentos para a coleta de dados**

O procedimento para realização da coleta de dados da pesquisa por meio da escolha de seis psicólogos com atuação superior a seis meses com pacientes bariátricos, para que suas experiências fossem compartilhadas durante as entrevistas, trazendo maiores informações práticas em relação a referência bibliográfica levantada.

Para a realização da pesquisa de campo, a busca pelos participantes se iniciou a partir da indicação de outros profissionais conhecidos, consulta na internet

e em listas médicas de convênios. Os contatos foram realizados através de aplicativos de mensagens, fazendo uma breve explicação sobre a pesquisa que seria realizada e o convite para a participação da entrevista.

Nessa breve explicação foi exposto para o participante a finalidade do trabalho, temas que seriam tratados, os principais objetivos e que se tratava de uma pesquisa qualitativa acerca da cirurgia bariátrica, desde sua avaliação no pré-operatório até a continuidade dos atendimentos psicológicos após realização do procedimento cirúrgico.

Não foram encontradas dificuldades na busca de profissionais, entretanto vários deles recusaram a participação indicando indisponibilidade de horário. Além disso, alguns psicólogos contatados relataram não trabalhar com pacientes bariátricos, sendo desconsiderados por não atenderem os critérios estabelecidos.

Após a aceitação de cada profissional, o próximo passo foi coincidir uma data e horário na agenda deles com a disponibilidade das alunas, ponto este do qual foi encontrado dificuldade, uma vez que grande parte dos profissionais não possuíam horários “livres” em sua agenda para realizar a participação, mesmo de forma *online* e quando conseguiam, eles relatavam um tempo máximo de uma hora que poderiam permanecer na entrevista.

Para iniciar a entrevista no dia e horário agendado, primeiramente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata novamente sobre as condições da pesquisa, os termos éticos referentes ao sigilo e informado ao entrevistado que ele poderia retirar sua participação ou relatar algum ocorrido, a qualquer momento através do telefone e e-mail mencionado no documento.

Durante a realização das entrevistas, foram encontradas dificuldades em relação à *internet*, devido a grande maioria terem sido realizadas de forma *online* por

questões de tempo e locomoção. Em duas entrevistas, houve instabilidade na conexão, porém não interferiu no resultado da pesquisa.

Outra dificuldade encontrada foi o tempo delimitado pelos psicólogos para a participação na entrevista. O questionário extenso e respostas longas trouxeram obstáculos para que esse período fosse cumprido. Inclusive, com uma das psicólogas foi necessário que a entrevista continuasse posteriormente, dividindo-a em dois períodos.

Apesar disso, as seis entrevistas foram realizadas dentro de um período de dois meses, conforme agenda disponibilizada e conciliada entre todos, sendo que cinco delas de forma online e a última presencial, por exigência do participante.

#### 6.5. Procedimentos para a análise de dados

Para análise de conteúdo desse trabalho, utilizamos a metodologia de Análise de Conteúdo Temática, da qual a base para análise é o tema, que busca trazer o sentido entre os resultados obtidos e o referencial teórico levantado (Bardin, 1979 *apud* Minayo, 2007). Essa modalidade consiste em 3 etapas, sendo elas: Pré-análise, Exploração do material, Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação (Minayo, 2007).

Na primeira etapa, foi realizada uma leitura do material transcrito por meio das entrevistas realizadas, em busca de ter uma visão ampla do conteúdo, levantar possíveis categorias e hipóteses que nortearam a análise.

Na segunda etapa, foi explorado o material de forma analítica, agrupando em cada categoria as respostas correspondentes em busca de trazer um sentido entre elas, analisar as temáticas e discutir a partir do referencial levantado.

Na terceira etapa, foi realizada uma interpretação dos resultados apresentados, articulando os temas com os objetivos da pesquisa a fim de responder as hipóteses levantadas.

#### 6.6. Ressalvas éticas

A pesquisa seguiu a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determina que a pesquisa com seres humanos deve conter o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), do qual consiste em informar os participantes dos objetivos do projeto. Diante disso, a resolução visa garantir os direitos e deveres dos participantes e manter os

fundamentos éticos como, respeito, autonomia, confidencialidade, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Além disso, foi baseada na Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que trata dos riscos da pesquisa, com o objetivo de proteger os participantes. No presente projeto, o risco é classificado como mínimo, considerando que as questões abordadas na entrevista não ultrapassam as atividades cotidianas dos profissionais.

## 7. RESULTADOS

Foram entrevistados seis psicólogos, com tempo de atuação entre 7 e 36 anos, identificados de P1 a P6, que estão na faixa etária de 36 a 60 anos, sendo que um deles atua na Psicanálise, um deles na terapia Cognitiva-Comportamental e Humanista e os demais, somente na terapia Cognitivo-Comportamental. Com exceção de P4, possuem especializações para a atuação específica no campo de avaliações bariátricas.

Avaliação Psicológica Para Procedimentos Cirúrgicos - Bariátrica, Laqueadura, Vasectomia e Transexualização (IPOG). P1

Transtornos alimentares, obesidade e cirurgia bariátrica. P2

Pós-graduação em Transtornos Alimentares e Obesidade (FMABC), Pós-graduação em Intervenção Cognitiva (F. Martinus), Aprimoramento em Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instrutora Qualificada de *Mindful Eating* (Protocolo MB-EAT), Formação em *Intuitive Eating* (CEBRATA). P3

Pós-Graduação em Avaliação e Intervenções Psicológicas no Pré e Pós-operatório da Cirurgia Bariátrica. P5

Pós em Terapia Cognitivo Comportamental. Cursos: Transtornos Alimentares (AMBULIM); Jornada a psicologia com atuação em Cirurgia Bariátrica. P6

A respeito da área de atuação, a maior parte deles tem sua prática focada na clínica e todos eles atuam realizando avaliações voltadas para aprovação da cirurgia bariátrica.

Atendimento particular (presencial ou on-line). Prestadora de serviço no Convênio Samaritano/Medicina Preventiva Programa GAOS. P2

Psicologia Bariátrica e da Obesidade, com atendimentos clínicos e curso de capacitação profissional para psicólogos e psiquiatras. P3

Psicóloga clínica especializada em Transtornos Alimentares, Cirurgia Bariátrica e Obesidade. P6

Os psicólogos recebem em suas clínicas os pacientes para avaliação da cirurgia bariátrica normalmente por meio dos convênios, Sistema Único de Saúde (SUS) e indicações.

[...] a bariátrica a maioria vem pelo convênio [...] Outra também porta de acesso, me dá muita, que eu esqueci de falar pra vocês é a indicação [...] P1

[...] É que normalmente esses pacientes vêm do convênio, né? Indicado pelo convênio, pelo SUS [...] P4

Para os atendimentos realizados na clínica particular, no convênio e por meio do SUS, são encontradas diferenças no atendimento dos pacientes como por exemplo, o período de avaliação no convênio é maior do que a clínica particular, o tempo de sessão é menor no convênio em relação ao particular e em casos de cirurgias realizadas de forma particular não é exigido laudo psicológico, o que é necessário para o SUS e os convênios.

[...] No ND e no SL, é de até 2 anos. No S. é no mínimo 6 meses, então tem essa diferença de convênio. E, no particular é no mínimo 4 sessões. Então a gente tem essa diferença de convênios e do particular. Então, nos 2 tem um protocolo de atendimento. São de tempo, mas no primeiro momento a gente não tem como deixar de ouvir a história do paciente. P2

[...] a cirurgia bariátrica realizada por SUS ou plano de saúde exige avaliação psicológica. Em particular, não, não precisa da avaliação psicológica [...] P3

[...] a gente quer o bem-estar do paciente de forma rápida e o plano exige isso, trabalhar por convênios, as consultas são de meia em meia hora [...] eu tenho o meu consultório particular em Campinas, onde eu faço atendimento de 1 hora e meia a 2 horas [...] P5

Apesar do convênio possuir mais sessões, são encontradas pelos psicólogos algumas dificuldades no atendimento para as avaliações dessa modalidade, uma delas é a quantidade de pacientes que passam por avaliação por mês, chegando a 250 pacientes, como indicado por P2, por isso acabam possuindo um tempo curto para avaliação de cada paciente.

[...] lá não tem como a gente trabalhar igual um consultório que a gente vai montando e organizando cada atendimento, porque como é uma vez por semana, estão 30 minutos de atendimento, então a gente acaba não tendo o controle. Não é uma média que a gente atende, por exemplo, no SL a gente tem uma média de 200 a 250 pacientes por mês cada profissional, isso vinculado só para obesidade [...]. P2

[...] Então é, a gente não tem tempo, ai, meia hora, como vai atender o paciente? É uma correria, né? [...] P5

Para essa avaliação, os psicólogos entrevistados procuram entender qual o histórico de tratamento da obesidade que os pacientes tentaram antes de chegar a opção da cirurgia e todos relataram que, muitas vezes, os pacientes não tentaram dieta, exercícios e terapia como forma de tratamento.

[...] mas chega muito paciente aqui pra mim também, que nem tentou básico, que foi uma reeducação alimentar né, fazer uma dieta, um exercício físico, né. As pessoas elas querem pular processos [...] P1

Não existe história, praticamente. 90% dos casos, vou colocar 99%, tá, Júlia? Mas 90% dos casos eu entendo que não existe [...] são raros os casos na qual o paciente vem já dentro de um processo de terapia. [...] P4

Em contrapartida, P2 cita que quem chega até ele possui histórico de tratamento medicamentoso de no mínimo 2 anos.

Dentro dos planos de saúde, quando o paciente ele quer adiantar a cirurgia, ele tem que ele tem que comprovar tratamento falho. [...] Então posso dizer assim, de 80 de 100% que chega até o programa com a questão da obesidade é 80% passa com endócrino há mais de 2 anos, fez tratamento com medicamento [...] P2

Assim como mencionado anteriormente por P4, é rara a busca por tratamento psicológico para combater a obesidade, de acordo com P2 somente 20% deles passam por processo de terapia, entretanto P3 estabelece que essa baixa procura ocorre também por conta de os profissionais não serem especializados para lidar com os comportamentos alimentares.

É muito raro gente, histórico com psicólogo [...] 20% passam com terapia para tratar ansiedade, depressão e todas essas demandas, nada vinculado à obesidade mesmo. P2

[...] A maioria nunca buscou também por uma falha nossa, porque poucos são os profissionais, os psicólogos, que trabalham com o comportamento alimentar e desses que trabalham com comportamento alimentar ou com a cirurgia bariátrica em si pouquíssimos raros são os que trabalham divulgando informações, fazendo uma psicoeducação gratuita em redes sociais, palestras etc., a respeito de como funciona o trabalho do psicólogo no comportamento alimentar. Então é muito comum que o paciente só procure um candidato à cirurgia bariátrica só procure o psicólogo quando ele é informado que ele tem que passar com o psicólogo para fazer avaliação psicológica pré-bariátrica [...] P3

Além da falta de terapia existem outros fatores que podem contribuir para que o paciente tenha insucesso nas tentativas de perda de peso anteriores ao procedimento cirúrgico. Alguns desses fatores são: ansiedade, baixa autoestima, abuso sexual, pressão social, compulsão, falta de apoio familiar e de rotina, comportamentos disfuncionais e problemas hormonais.

[...] o primeiro de todos é a ansiedade [...] Mas é a pressão social, é as compulsões, é a busca por desejo imediato né, desculpa, prazer imediato, é a questão da pessoa querer pular processos, pular etapas né ou ir já direto porque é mais fácil na visão dela [...] Mas eu acho que de modo geral, são as crenças disfuncionais que as pessoas elas geram no longo do desenvolvimento delas [...] É a grande maioria, eu diria que tá envolvido uma ansiedade com a baixa autoestima, né?!. Que tá ligada aí com o fator depressivo junto, né?!. P1

Acontece também com muita frequência histórico de casos de abuso sexual muito [...]. Mulheres por tios, primos, famílias. A questão de separação dos pais, que começou lá na adolescência. A compensação dos avós, que, para não ter essa questão do abandono [...] principalmente, falta de rotina [...] P2

[...] Especialmente a própria dieta que o paciente faz para perder de peso [...] Mais de 90% das pessoas que tentam fazer dietas restritivas, elas têm o reganho de peso. E ainda um efeito rebote, ainda ganha um pouco mais de peso, 10 a 30% do peso perdido, né? [...] Mas do ponto de vista de comportamento geral, a gente pode elencar algumas coisas, como a falta de uma rotina, em relação à alimentação, ter uma desorganização muito grande, ficar muito tempo em jejum, comer com o nível de fome muito alto, não ter à disposição alimentos que sejam interessantes para a pessoa naquele momento e acabar fazendo consumo muito grande de ultraprocessados, mastigar muito rápido, que isso às vezes é um hábito [...] não pensar sobre a sua alimentação e não fazer escolhas boas alimentares [...] não ter uma boa qualidade de sono, o sono ele interfere muito no processo de ganho e perda de peso, ter um nível de stress muito alto, ter algum outro transtorno psiquiátrico ali, descompensado, que não esteja em tratamento, se a pessoa tá fazendo uso de medicações e essas medicações psiquiátricas geram ganho de peso também. [...] P3

[...] há uma porcentagem mínima de alguns problemas hormonais mais graves, né? Alguns problemas, associado a outras comorbidades, outras doenças [...] eu acho que está ligado assim ao emocional, à conduta errada da alimentação [...] P4

Devido ao insucesso nas tentativas de perda de peso os pacientes acabam recorrendo a cirurgia bariátrica por diversos motivos, principalmente a estética, a saúde e a aceitação de si mesmo e acreditam que a partir do procedimento cirúrgico todos os problemas relacionados a obesidade serão resolvidos.

[...] eles acham que a bariátrica vai resolver a vida deles [...] P1

[...] Mas é a não aceitação de si mesmo, é por estar mal com o seu corpo [...] tem paciente que tem sérios problemas de saúde e há necessidade dessa intervenção pra ter uma melhor qualidade, mas principalmente a não aceitação, né? O sentir-se mal emocionalmente quanto ao seu corpo [...] P4

Porque eles passaram por tantas tentativas, não é? E nenhuma deu certo. A maioria deles falam: "A minha última tentativa vai ser a cirurgia bariátrica". Então a demanda é sempre essa [...] Agora na clínica, a gente percebe já no pré da cirurgia os pacientes que querem emagrecer mesmo por causa das comorbidades e os pacientes que é só estética. [...] P6

Para o manejo dos fatores emocionais ligados a obesidade, os psicólogos precisam trabalhar para que os pacientes percebam quais os sintomas que os levam ao ganho de peso, a partir da identificação de seus pensamentos, crenças e de registros do antes e depois da cirurgia, além de disponibilizar ferramentas que o ajudem a lidar com as emoções, proporcionar reflexões sobre a necessidade de uma mudança de rotina e da construção de aderência ao tratamento.



[...] além da identificação dos sintomas, é trazer à tona essa questão da consciência da pessoa de que a redução do peso ou não, não interfere necessariamente na mudança da vida dela [...] eu iria buscar quais são as crenças que essa pessoa busca em relação a esse objetivo na vida dela [...] P1

Então a gente trabalha com diário alimentar. A gente trabalha com o registro dos pensamentos. A gente trabalha a questão do pesar [...] A gente pede foto, pede para o paciente guardar uma peça de roupa. Porque às vezes, eles olhando no espelho do mesmo jeito que eles não se viam gordinho, eles também não conseguem se ver emagrecendo. P2

A gente precisa entender quais são os fatores predisponentes para que essa pessoa tenha desenvolvido a obesidade, a gente precisa entender o que que pode ter sido um gatilho, o que mantém e o que protege [...] a gente vai entendendo quais são os fatores onde a gente pode agir, se existem regras familiares que a pessoa continua limpando o prato [...] a gente vai avaliar como foi, como é o histórico de peso desse paciente e desde quando faz tratamento para reduzir [...] a gente vai avaliar onde que a gente pode fazer mudanças. Às vezes a gente vai começar com mudança de rotina, né? Rotina alimentar [...] a gente vai dar ferramentas para que ele possa lidar com as emoções ao invés de buscar a comida para uma compensação [...] A gente vai trabalhar com essa pessoa para ver como que ela (*sic*) até que ponto ela discrimina a fome fisiológica [...] Trabalhar com o paciente se (*sic*) a discriminação do que é uma fome fisiológica do que é uma fome emocional [...] E a fome específica [...] E uma coisa que a gente tem que trabalhar muito é a mentalidade de dieta, né? [...] É como se a gente fosse começar realmente uma introdução alimentar, formar o comportamento alimentar ali desde o mais básico possível para a pessoa ir identificando, comendo com os cinco sentidos, usando como base o *mindful eating*, que é o comer consciente, trazendo estratégias da terapia cognitivo-comportamental para organizar a rotina [...] uma outra coisa muito importante é trabalhar o que a pessoa pensa sobre peso, né? [...] Então a gente precisa quebrar essa visão que se tem a respeito do peso como sendo um determinante de saúde, porque não é. P3

Elas são trabalhadas através de um programa de tratamento no pós-operatório que dura 2 anos com encontros mensais, a partir disso é trabalhada a construção da aderência e saúde circular com a equipe multidisciplinar. [...] P5

Diante das demandas emocionais trazidas pelos pacientes no processo de aprovação da cirurgia bariátrica, P4 cita a importância de a psicoterapia ser realizada antes do procedimento cirúrgico, para que estejam preparados para a cirurgia.

[...] sempre indico a psicoterapia e inicialmente quem está fazendo psicoterapia já é muito mais fácil [...] eu acho que quase todos os casos não estão preparados para a cirurgia. Exceto os que estão no processo de psicoterapia [...] P4

Para que esse procedimento seja realizado com segurança, existem algumas contraindicações para serem avaliadas durante o processo de aprovação, como

exemplo os pacientes com histórico de tentativa de suicídio, com transtornos psiquiátricos, aqueles que estão passando por episódios conturbados em sua vida pessoal ou que a cirurgia ofereça risco.

[...] se o paciente estiver uma questão, por exemplo, tentativa de suicídio recentemente, que é uma das coisas que dentro da ANS, eles até advertem o paciente [...] o paciente tentou suicídio ano passado, então ele é vetado [...] Mas aí a gente precisa de laudo psiquiátrico para saber se ele está apto ou não [...] a gente pede a diminuição dessa gordura abdominal para não ter o risco cirúrgico [...] pela ANS (Agência Nacional de Saúde), eles têm direito, mas a gente vê risco cirúrgico, a gente encaminha ele de novo pro médico cirurgião e ele faz essa avaliação (*sic*). P2

[...] existem *guidelines* de indicação e contraindicação. Um transtorno psiquiátrico que esteja descompensado, ele é um fator de contraindicação para pessoa. Então, se a pessoa tá num processo depressivo, se tem um transtorno bipolar que não tá equilibrado, se tá passando por algum momento de vida muito marcante, tipo, acabou de assumir um novo emprego, se separou, perdeu alguém muito importante, não é o momento adequado para a pessoa fazer a cirurgia [...] às vezes a contraindicação para a cirurgia, ela pode ser temporária ou ela pode ser por tempo indeterminado [...] P3

Para os pacientes que a cirurgia oferece risco e é necessário a perda de peso, P2 cita que existem dois extremos nesse contexto, um em que o paciente desiste do procedimento pois não consegue chegar ao peso da cirurgia e o outro em que o paciente tem uma perda tão grande que não necessita mais da intervenção cirúrgica.

[...] já aconteceu no centro cirúrgico do médico não aceitar e fazer ele perder peso. Já aconteceu de paciente desistir [...] E a gente tem muito resultado também positivo, de mais gente emagrecer sem a cirurgia 30, 40 kg, sem a cirurgia. P2

No que diz respeito aos procedimentos para avaliação, os psicólogos em questão mostraram que não existe uma quantidade de sessões a serem seguidas, porém estabelecem um mínimo de 3 sessões, podendo variar em até 24 em alguns convênios. Para essa avaliação é realizada entrevista de anamnese, aplicação de testes, em alguns casos entrevista com familiar para identificação de possíveis patologias e entender a preparação do paciente para a demanda cirúrgica.

No convênio de 6 a 24 e no particular, no mínimo 4. Aí vai conforme a sua demanda, a sua necessidade. [...] geralmente os particulares são 4 ou 5 atendimentos [...] P2

[...] Em no mínimo umas 5 sessões e avaliar diversos aspectos, então fazer uma anamnese também para ver todo esse histórico de peso da pessoa de tratamento, fazer uma, montar uma árvore genealógica, tanto de peso quanto de doenças metabólicas, doenças psiquiátricas que existem na

família, entender os hábitos da família, entender os hábitos da pessoa, como é alimentação de fim de semana ou durante a semana, que às vezes tem mudanças. A gente precisa investigar autoestima, autoeficácia, sintomas de depressão, de ansiedade, transtornos psiquiátricos gerais, investigar muito profundamente a possibilidade de um transtorno alimentar, especialmente o transtorno de compulsão alimentar [...] então a gente tem que investigar vários fenómenos psicológicos para poder ter essa segurança. Uso de álcool, qualidade de vida, né? Tem uma série de fatores [...] é importante a gente avaliar também a rede de apoio [...] A gente pode usar testes psicológicos [...] Pra fazer uma boa avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica e avaliar vários aspetos psicológicos necessários, em torno de 6 a 8 sessões [...] P3

[...] faço parte lá da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, né? Nós temos um protocolo [...] é no mínimo umas 3 sessões pré-cirurgia bariátrica [...] são 3 consultas. A primeira eu começo com a Anamnese [...] A segunda eu continuo com anamnese e aplico algumas SCIDs [...] E a terceira eu gosto de fazer com a família ou com amigos [...] Porque eu preciso primeiro ver o apoio que ele tem [...] Explico sobre imagem. Nesses 3 dias eu tento falar sobre tudo [...] P6

Em relação aos instrumentos usados para avaliação da cirurgia bariátrica, os participantes, citaram que fazem o uso de alguns testes, por exemplo, o BAI, o BDI, o *Stunkard*, o AUDIT, o *Binge Eating Edinburgh Scale* e o Inventário de Cinco Fatores de Personalidade.

[...] BAI, BDI [...] matrizes progressivas de Raven [...] BFP [...] pirâmides de Pfister [...] Zulliger e tem o Rorschach [...] o Wasi [...] P1

[...] Beck de depressão e o Beck de ansiedade [...] a escala de figuras de *Stunkard* [...] *Three Factor Questionnaire* [...] *Bite* [...] *Binge Eating Edinburgh Scale* [...] AUDIT [...] WHOQUOL [...] Escala de autoestima de Rosenberg, escala de autoeficácia [...] P3

[...] NEO FFI-R que é o Inventário de Cinco Fatores e a EsAVI-A, que é a Escala de avaliação da Impulsividade. P5

[...] teste do Questionário Audit, para bebida alcoólica ou o Scid [...] para transtornos alimentares, tem o BES (Binge Eating Scale) [...] BDI-II [...] P6

Em contrapartida P2 cita que para a avaliação da cirurgia bariátrica não realiza nenhum tipo de testes.

[...] A gente não tem teste, teste para todos os pacientes. Eles não utilizam. A gente trabalha mais com temas. É consciente. A gente trabalha com as demandas que eles trazem, mas geralmente é tudo estruturado. [...] P2

Os instrumentos são usados com o objetivo de avaliar alguns aspectos importantes para compreender se o paciente está apto psicologicamente para as

consequências da cirurgia bariátrica. Entre os objetivos estão avaliar o humor, inteligência, personalidade, impulsividade, imagem corporal e uso de substâncias.

[...] eu aplico escalas de humor, né?! Então, BAI, BDI [...] que é a escala é de depressão, escala de ansiedade, [...] que elas têm como objetivo fazer um rastreio emocional no paciente [...] depois a gente passa pra testes de inteligência né, testes não verbais ou, ou verbais juntos, é o que eu mais aplico aqui é as matrizes progressivas de Raven, tá?! É um teste que ele tenta medir aí, QI né?! Qual é o objetivo da gente aplicar um teste de QI numa pessoa, exatamente pra ver se ela tem essa consciência da decisão que ela tá tomando, né?! Pra ver se ela tem um nível intelectual e maduro pra saber se ela está fazendo uma boa escolha [...] Depois a gente vai entrar com testes projetivos e expressivos, né?! Então expressivos aí, personalidade, uma BFP que é bateria fatorial da personalidade que é um teste amplamente usado aí pra detecção de fatores da personalidade que foi baseado no princípio dos 5 grandes fatores [...] extroversão, neuroticismo, extroversão, aberturas a ideia, realização e socialização [...] pra identificar traços de personalidade mesmo, né?! Então, por que, que a gente aplica um teste de personalidade?!, pra saber se a pessoa não tem nenhum tipo de transtorno mental né [...] Pra projetivo, nós temos o Pfister, que é as pirâmides de Pfister [...] É um teste muito bom pra projeção tá ele faz uma análise aí de aspectos da maturidade emocional, inteligência, personalidade, tá?! [...] ou o Wasi, o Wasi também eu acho que seria um instrumento que poderia contribuir para avaliação da inteligência também, que é uma escala de inteligência breve [...] P1

[...] a escala de figuras de Stunkard, para a gente ver como que está a imagem corporal da pessoa, se ela tem uma visão supervalorizada sobre o tamanho do seu corpo ou se ela se vê menor do que de fato ela é [...] desde comer intuitivo, comer consciente, a possibilidade de transtornos alimentares com o *Three Factor Questionnaire*, se existe ali alguma possibilidade de uma bulimia a gente pode aprofundar com outro instrumento, que é o *Bite*, que é o *Binge Eating Edinburgh Scale* [...] O AUDIT para avaliar o uso de álcool, o instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQUOL [...] P3

[...] a impulsividade. O que? Falta de concentração e persistência, controle cognitivo, planejamento futuro, audácia e terminalidade. [...] dentro dessas expressões que eu anoto e converso com o paciente. Impulsividade, continua como um grande impulso para a dependência. P5

A partir dos testes realizados em conjunto a anamnese, os psicólogos estabelecem alguns critérios para aprovação da cirurgia, como por exemplo os pacientes não possuírem transtornos de personalidade ou humor grave, além de garantir que o paciente e sua rede de apoio tenham entendido todas as fases da cirurgia.

Bom, o primeiro critério é observar se não tem nenhum transtorno de personalidade envolvida e nenhum transtorno de humor grave [...] vê a questão do QI pra ver se a pessoa está adepta, né?! [...] eu peço no mínimo um ano de terapia [...] P1

[...] A pessoa tem que ter alguém ali de segurança, que esteja acompanhando todo o processo, que vai passar pelo processo de psicoeducação também junto com o paciente, que esteja muito a par de todas as fases da cirurgia bariátrica para poder realmente cuidar desse paciente [...] P3

Análise da relação alimentar, o conceito da imagem corporal, as características da personalidade, a superação de medos, a procrastinação e a autossabotagem. P5

Após a realização de todo o processo para aprovação contendo a anamnese, os testes e as entrevistas com familiares se for o caso, os psicólogos devem confeccionar os laudos contendo sua análise em relação ao paciente e sua possível aprovação ou não para a cirurgia. Para isso, de acordo com P1 e P2 o laudo deve seguir as resoluções estabelecidas pelo CRP, além de ter a descrição do que foi feito com o paciente.

[...] eles dão um modelo pra gente né, de como tem que ser o laudo e como tem que ser as entrevistas [...] é claro que os tópicos estruturais tem que ter né, descrição da demanda, identificação, procedimentos, isso é de lei, mas o como você vai inserir essas informações depois é muito pessoal de cada um [...] a gente tem a resolução do CRP também né, as resoluções que elas norteiam a gente né, com uma estrutura, mas deixa muito livre assim pra gente [...] P1

Esses médicos precisam laudar falando que eles estão aptos para a cirurgia e aí dá nutricionista para a gente. [...] e a gente coloca tudo o que foi trabalhado no nosso laudo ainda, então a gente coloca quando a gente faz um laudo, o nosso já tem até um modelo pronto também. [...] Então a gente coloca todos os temas que a gente trabalha dentro do laudo e a nutricionista também. Então, um reforça o outro. P2

Esses laudos são importantes pois demonstram o resultado de tudo que foi realizado com os pacientes para que compreenda sua aptidão na realização da cirurgia bariátrica, a partir deles o histórico do paciente pode ser revisitado, mostrando pontos importantes como os transtornos de personalidade e histórico de tentativas de suicídio. Além disso, P6 afirma que o laudo é importante para processos de aprovação dentro do convênio.

[...] o laudo psicológico, ele é um resultado de tudo o que você fez na avaliação, então vai colhendo dados na avaliação, com anamnese, com instrumentos, testes psicológicos etc., e o laudo nada mais é do que uma análise que você faz para conseguir entender se o paciente está pronto, apto ou não para fazer a cirurgia nesse momento [...] P3

[...] O laudo é mais é por causa do, né? Pro convênio, para poder aprovar [...] É lá no hospital eu já brequei por causa que o paciente tinha, acho que 15 dias antes, tentado suicídio. Então isso daí já barra na hora [...] E se tem um transtorno de uma Esquizofrenia bem aguda, né? Que nem eles (os pacientes) têm muito medo de ser barrado [...] porque é difícil a gente barrar o laudo, mesmo se tem um transtorno de alimentar, né, uma bulimia, uma compulsão alimentar isso não barra [...] P6

Apesar de ser destacado a importância dos laudos e do acompanhamento terapêutico, P2 destaca que os pacientes tendem a procurar os profissionais somente para receber a aprovação imediata, evidenciando que a maioria deles conhecem as respostas que precisam dar para isso ou então oferecem comprar o laudo para recebê-lo no mesmo dia.

[...] eles sabem o que tem que falar na hora da entrevista. Eles sabem o que classifica e o que desclassifica. Ele já vem com tudo em mente, estruturado. Eles querem apenas o laudo e querem fazer a cirurgia [...] assim eles já chegam desse jeito querendo comprar o seu laudo e aí que você tem que ter muito pulso firme. P2

Além da confecção de um laudo por parte do psicólogo, outros profissionais também são envolvidos no processo de aprovação da cirurgia bariátrica e no pós-operatório. Para a comunicação entre eles P1 cita que o ideal seria uma reunião para tratarem os casos, porém quando não há essa possibilidade, eles produzem relatórios e compartilham entre si, ademais existe uma diferença entre os convênios e o trabalho particular, pois no último não há interação entre as partes.

[...] o ideal é que a gente faça uma reunião aí, nem que seja, faço muita reunião on-line né, porque às vezes, a nutricionista, o psicólogo, é longe de mim, eu tenho um paciente atrás do outro, eu acredito que eles também têm, então fica difícil, então a internet facilitou muito isso, mas tem coisa que às vezes um laudo, às vezes um relatório que a pessoa vai fazer, não descarto totalmente a pessoa, então eu sempre fico com dúvidas [...] P1

[...] o SL. Ele, a gente trabalha diretamente com as nutricionistas [...] tem a sala da psicóloga, da nutri e o do médico que ele vem uma ou 2 vezes por mês ou por semana, por exemplo, acabou de sair comigo da psicologia, já entra na sala da nutrição. É muito vinculado os atendimentos, então, antes de entrar a gente já troca essa informação [...] No S., já não [...] a gente mantém um grupo, tanto de todos os psicólogos e um grupo separado da equipe multi, onde que cada um dá o seu parecer e a gente vai conversando [...] E na parte do particular, é muito raro a gente ter um contato direto, mas geralmente como os particulares meus já vem vinculado de um médico que a gente conhece, eu já conheço a nutricionista, mas quando já tem sua própria nutricionista, a gente só entende o que está sendo trabalhado, mas a gente não tem esse contato direto com eles. P2

E aí, no pós-operatório, interdisciplinar, trabalhando a mudança de comportamento alimentar e estilo de vida, a adoção a medicamentos, se o paciente precisa de algum medicamento, aos suplementos, que todos os

pacientes precisam por tempo indeterminado, a se adaptar em todas as etapas da dieta pós-operatória, a seguir o acompanhamento com a equipe [...] é necessário passar sim com uma certa frequência com a equipe toda para poder acompanhar, tanto pós-operatório, para avaliar o corpo mesmo, se tá se adaptando bem ou não à cirurgia, à alimentação, como que tá indo [...] Da equipe como um todo é a gente saber como que o paciente tá de saúde física. Então saber se é existe alguma comorbidade [...] P3

[...] então tratamento da obesidade essencialmente, a equipe tem que ter 3 profissionais, endócrino, nutri e psico. Por que psico? Trabalhar dependência comum. [...] Como equipe multidisciplinar, a gente aprende a dividir muito bem. [...] P5

Diante do trabalho multidisciplinar a ser realizado, os participantes P1, P2 e P4 demonstraram a importância que sentem quanto a isso, visto que assim entendem o paciente por meio de outro olhar e podem combinar conhecimentos para uma melhor orientação a ele.

Porque eu julgo ser melhor haver um trabalho multidisciplinar, até porque é pra não ter até uma questão assim do olhar enviesado em relação aos testes, tá?!. P1

[...] se a gente não tiver essa comunicação muito perto, a gente não consegue entender se o paciente está tendo essa mudança ou não. E eu já cheguei a fazer atendimento junto com a nutricionista, no mesmo dia, pra gente tentar entender o paciente, entender a dificuldade dele de mudança [...] P2

[...] Tem muitos casos que têm uma boa evolução por ter uma equipe [...] P4

Apesar de elencarem essa importância, o participante P1 destacou que existe a falta de participação dos médicos cirurgiões no processo de aprovação e acreditam que isso se dá pelo fato de que estão interessados somente em realizar a cirurgia.

[...] com um cirurgião nunca consegui, com um nutricionista já consegui, mas o cirurgião é, eles não têm tempo pra nós, eu sou bem franco assim. É bem difícil o que é ruim, eles precisam de um laudo pra tirar meio que o deles da reta, entendeu?!. Mas eles não estão dispostos a pagar o preço por, por isso [...] os profissionais que estão acompanhando ele tem que tá inteirado (*sic*) do caso, né?!. O médico muitas vezes, não generalizando tá?!. Eu, todos os médicos que eu peguei, eles só eram médicos que só estavam interessados em executar a cirurgia né, eles só estavam querendo o aval, eles não estavam interessados em contribuir ali pro caso. P1

Mesmo diante da falta de comunicação entre o psicólogo e o cirurgião, após aprovação da cirurgia e depois do procedimento realizado é necessário que o paciente continue o seu acompanhamento na psicoterapia, assim como destacado pelos participantes, porém alguns dos pacientes não continuam com o processo, o

que pode ser explicado pela falta de uma psicoeducação adequada no pré-operatório e pode levar o paciente ao reganho de peso.

[...] No pós-operatório depende muito [...] eu percebo que assim, o que é muito comum de acontecer é o seguinte, quando o psicólogo faz uma excelente psicoeducação, ensina para o paciente o que que é obesidade, como deve ser o tratamento, mostra o quanto a gente não tá ali para julgar, mas que a gente tá para ajudar no que o paciente precisar, que existe sim, uma área da psicologia que vai tratar o comportamento alimentar, que vai tratar a obesidade, que a gente tem recursos, tem ferramentas para isso, o paciente já fica muito mais confiante, ele sente que ele distribui esse fardo que ele carrega com a gente e com outros profissionais que tem a mesma visão, então, quando isso acontece, existem chances muito maiores do paciente fazer o preparo psicológico e de seguir no acompanhamento pós [...] P3

[...] tem paciente que dar continuidade a todo o processo com nutricionista, atividade física, terapeuta, esse paciente, ele é muito bem trabalhado, né? [...] P4

[...] a maior parte abandonam o tratamento, inclusive uma pesquisa mostra que 90% dos bariátricos vivem o reganho de peso. P5  
[...] dentro do modelo tradicional das clínicas, o psicólogo, entrego o laudo e vê o paciente 30 dias depois da cirurgia e depois de 3 em 3 meses, esse é o protocolo pela ANS. P5

[...] Aí no pós, esses daí da estética não voltam mesmo, né? Agora, aqueles que têm uma compulsão e tá tratando, que não sabe lidar com a emoção também, né? Que come... tá triste, vai comer. Tá bravo, vai comer. Esses também ficam no acompanhamento psicológico...] P6

Como visto, é necessário que os pacientes continuem o processo de psicoterapia após a cirurgia bariátrica, mas isso não ocorre frequentemente. De acordo com os entrevistados esse abandono tem relação com psicoeducação não assertiva, o custo da terapia, questões culturais sobre frequentar um psicólogo ou um padrão de abandonar diferentes tratamentos.

[...] Tem muito a ver com uma psicodução malfeita, e o paciente não compreender que ele precisa seguir com a equipe, tá? [...] Às vezes a questão financeira [...] P3

[...] Então tem muitos que aceitam, dependendo da questão cultural do indivíduo, tem outros que não [...] P4  
Um padrão comportamental de abandonar diferentes tipos de tratamento. P5

Diante desses fatores de abandono do tratamento no pós-operatório, os psicólogos elencaram motivos que fazem o paciente continuar com o processo de terapia, entre eles estão o vínculo criado com o terapeuta, o hábito e o entendimento sobre ser uma parte importante do processo.



[...] Mas geralmente é aquilo que eu te disse, elas entram não querendo fazer e depois que faz pega gosto e quer continuar e é muito legal esse, isso constrói [...] Porque como eu fiz terapia por 1 ano no mínimo com essas pessoas, elas acabaram construindo um vínculo comigo, então às vezes o tópico principal no começo foi a bariátrica, mas depois acabou não sendo mais no sentido assim, que surgiram outras demandas da vida [...] mas a pessoa foi construindo, então muitas das vezes esses pacientes eles continuaram, mas não é uma coisa unânime [...] P1

[...]quem tem a tomada de consciência de fazer o acompanhamento acho que desenvolve um processo de evolução bem melhor [...] P4

Como visto, os fatores emocionais são causas frequentes do insucesso da perda de peso sem intervenção cirúrgica e precisam ser trabalhados para que a cirurgia tenha sucesso, diante disso os entrevistados reforçaram a importância do psicólogo no processo da cirurgia bariátrica.

[...] depois eles não entendem a importância do nosso papel, porque eu falo meninas, o nosso papel é muito importante. Vocês não têm noção como que a gente ajuda esses pacientes a entender eles, entendeu? A entender a questão do reganho de peso, do comprometimento. A gente tem um papel muito importante, mas eles não sabem disso. P2

[...] Eu acho lindo isso, e que reconhece o trabalho daquela pessoa que não está nem no palco, ninguém está vendo [...] P5

Além da importância da terapia, os participantes elencaram alguns outros fatores que podem contribuir para o sucesso da perda de peso no pós-operatório como praticar exercícios, se alimentar corretamente, ter um boa noite de sono, tomar medicamentos, se necessário e estar comprometido com o processo de emagrecimento.

[...] a pessoa não adianta só vir ao psicólogo, não adianta só tomar o remedinho. Ela precisa vir ao psicólogo, se for necessário, vai entrar com a medicação, fazer uma academia, se alimentar direito, ter uma boa noite de sono, né?! [...] Então assim, às vezes é uma questão que a pessoa às vezes ela tá comprometida mesmo [...] P1

[...] caminhar e eu acho muito importante ele seguir a nutrição, o esporte, atividade física e a terapia, se ela se ele fizer essas 3 coisas, eu acho que a evolução do paciente é quase, enfim, ele consegue sucesso no processo [...] P4

Caso esse acompanhamento não seja realizado, podem existir consequências como o reganho de peso, retomadas de patologias e hábitos prejudiciais e transferências negativas de prazer, como para o álcool.

[...] eu acho que ela vai acabar ganhando o peso, né. Ela volta a ganhar o peso, só que daí um problema vezes dois, né. Porque ela volta a ganhar peso, é autoestima abaixa incrivelmente, volta a ter muita ansiedade, volta a encarar a depressão, eu acho que aí tudo volta vezes dois [...] você já pega uma pessoa fragilizada na primeira vez, a segunda ela vai estar com um monte de, ter marcas, né. Um monte de marcas aí. P1

[...] ele pode voltar a engordar, ele pode desenvolver alcoolismo, ele pode, enquanto ele não estiver consciente 100%, ele vai voltar a comer como ele se alimentava antes [...] P4

[...] risco de reganho de peso, risco de recidiva da obesidade, a retomada de patologias e a transferência negativa do prazer. P5

[...] tem alguns que voltam aos velhos hábitos e eu acho que justamente por não ter um suporte. Não, não fez o acompanhamento com o psicológico, né? Eles ficam muito com a nutri, a nutricionista. Eles ficam por causa do que tem que comer, o que não tem que comer tal, mas a parte psicológica não dá essa importância. [...] P6

Em relação aos fatores que influenciam o reganho de peso, os principais citados foram transtornos psiquiátricos, genética inclinada ao ganho de peso, trabalho interdisciplinar malfeito e dificuldades na construção de uma nova identidade.

[...] Mas às vezes não é uma questão de transtorno alimentar, às vezes a pessoa tem uma questão de gene, é os hormônios dela [...] Mas é o sistema dela, já é uma, tem uma inclinação maior pra o ganho de peso [...] P1

[...] Às vezes passam por profissionais que não trabalham de uma maneira interdisciplinar, às vezes tá cada um só cuidando do seu. Às vezes vão passar com um psicólogo que só faz avaliação psicológica e a gente tem profissionais que só fazem avaliação, não faz acompanhamento pós e não tem problema nenhum nisso, mas é importante que esse profissional explique o porquê do acompanhamento pós-operatório. A falta de dinheiro, às vezes até falta de tempo, porque precisa voltar a trabalhar num ritmo mais acelerado, às vezes [...] Às vezes, até algum problema psiquiátrico mesmo, tá numa fase, tá caindo em depressão, e aí tá sem a coragem, sem o ânimo, sem a motivação [...] Às vezes pode ser uma condição de vida mesmo. Às vezes a falta de apoio dos familiares, falta de dinheiro. Às vezes outras mudanças que acontecem, perdeu o emprego, mudou de cidade, por qualquer motivo que seja, às vezes perdeu uma pessoa super importante, passando por um luto, comum acontecer também [...] P3

[...] a perda de foco, o controle da impulsividade e a resiliência para construção de uma nova identidade [...] história de vida do paciente, as rotinas, a cultural social e familiar associados a alimentação e prática esportiva. P5

Para os pacientes que vivenciam o reganho de peso, os participantes indicaram que o trabalho realizado com eles deve ser retomar os passos da psicoterapia para compreender as falhas, suas responsabilidades e que a obesidade

é uma doença que precisa de um tratamento a longo prazo, assim não será de um dia para o outro que ela se resolverá.

[...] vai ter que voltar as etapas da terapia convencional, né. Você vai ter que retomar, é um trabalho muito, é cansativo pro psicólogo, vou colocar assim porque você tem que trabalhar todos os pontos novamente. É como se você fosse psicoeducar o paciente todo novamente [...] P1

Eu falo que a forma de modificar isso é você jogando para o paciente a responsabilidade dele, porque ele vem para um pra cirurgia querendo que a gente assuma isso [...] Então a gente leva tudo isso para o paciente, para ele entender que é uma decisão dele [...] P2

[...] É que eles têm que perceber, a maioria deles não gosta de saber que a obesidade hoje é uma doença, né? E tem tratamento, mas o tratamento dela é a longo prazo? E eles querem tudo para ontem, não é? Eu falo para eles, a doutora não é uma Fada Madrinha. Você não foi dormir magrinho e acordou gordinho. [...] P6

Além da questão do ganho de peso, os pacientes tendem a trazer como demandas no pós-operatório questões de ansiedade, tristeza, estética, troca de compulsões, distorção de imagem e adaptação a nova rotina.

[...] que surgiram outras demandas da vida que podem ter associações com a questão da pessoa se sentir triste ou ansiosa, por conta dos gatilhos da estética ou do modo que ela acredita que o mundo deveria reagir ao modo dela ser [...] P1

[...] Outra coisa importante também a flacidez, porque é principalmente nas mulheres [...] Se for uma questão de estética, que hoje existe depois as cirurgias reparadoras que o convênio oferta [...] Mas é mais isso: troca de compulsão, aceitação da quantidade dos alimentos e distorção de imagem. P2

[...] pensando na parte mais comportamental, emocional, é, são adaptações, né? Então, adaptação à dieta [...] essa questão da impulsividade, drenar para outras coisas, então começar a ter descontroles com compras, descontrole com uso de telas, sexo e mesmo pra alimentação, daí desenvolvendo essa síndrome dos alimentos moles ou um comportamento beliscador [...] P3

[...] Já ouvi falar bastante de anorexia [...] Já peguei um caso de bulimia. É, porque a paciente comia, né? Aí ela não, não vomitava por causa da cirurgia, ela vomitava porque ela provocava o vômito, né? Porque ela ficava com culpa, né? [...] P6

A partir das demandas trazidas pelo paciente, o paciente pode atuar com adaptação ao novo estilo de vida, quais os benefícios ele obteve, qual a função que a comida está tendo na vida dele, o volume de alimentos e as transferências de prazer.

[...] A gente tenta reforçar o motivo, porque ele fez a cirurgia. Quais os benefícios que a cirurgia está trazendo para ele. O quanto é importante essa quantidade na vida dele [...] P2

[...] a gente vai trabalhar com a função da comida em certos momentos, como que pode trabalhar aquela necessidade emocional de uma outra forma que não seja com comida, né? Então, essa falta de responsabilização pelo tratamento é algo complexo e que a gente vai tratar isso [...] Todas as estratégias de *mindful eating*, de comer consciente, do *intuitive eating*, estratégias da TCC. Então trabalhar auto responsabilização é algo que a gente trabalha na TCC, a organização da sua rotina diária [...] P3

[...] eu trabalho com eles a proposta da mentoria [...] são 10 consultas no pós-operatório, onde eu vou trabalhar na questão de volume alimentar como fonte de prazer. [...] Fonte de prazer, então eu trabalho de 5 atendimentos isso e 5 atendimentos eu vou trabalhar a compreensão da dependência [...] Nós trabalhamos a transferências positivas. O esporte, a arte, a música [...] P5

Uma das formas que os psicólogos trabalham as demandas com os pacientes é por meio da psicoeducação, uma técnica da Terapia Cognitivo-Comportamental, que é frequentemente utilizada e tem por objetivo ensinar o paciente formas assertivas diante de determinados comportamentos.

[...] quando o psicólogo faz uma excelente psicoeducação, ensina para o paciente o que que é obesidade, como deve ser o tratamento, mostra o quanto a gente não tá ali para julgar, mas que a gente tá para ajudar no que o paciente precisar, que existe sim, uma área da psicologia que vai tratar o comportamento alimentar, que vai tratar a obesidade, que a gente tem recursos, tem ferramentas para isso, o paciente já fica muito mais confiante, ele sente que ele distribui esse fardo que ele carrega com a gente e com outros profissionais que tem a mesma visão [...] P3

Na parte psicológica, eu trabalho com a terapia cognitiva comportamental, aí eu vou trabalhando toda essa parte emocional dele para ele saber lidar com as emoções [...] Você tem que preparar o pré-operatório, né? Preparar o paciente pra ele saber onde ele vai caminhar, o que vai acontecer com ele, né? Então falar sobre imagem corporal, é porque muitos não acompanham, né? A imagem corporal para eles não se comparar com ninguém, porque cada um é único. Tem um monte de coisa que eu falo para eles, eu faço psicoeducativo de tudo [...] porque o emagrecimento é tão rápido que a mente não acompanha. P6

A partir da aplicação dessa técnica em conjunto com as demais de acordo com cada abordagem, os psicólogos entrevistados encontram diversas formas de contribuir para o paciente após a cirurgia, devolvendo sua liberdade e autonomia em relação a comida e apresentando estratégias para que ele consiga chegar ao seu objetivo.

[...] a gente vai devolver pro paciente algo que às vezes ele perdeu na infância, que é liberdade e autonomia na relação com a comida [...] P3

[...] Vai dar as orientações comportamentais ou vai fazer com que o indivíduo (*sic*), vai dar um monte de estratégia para que ele consiga [...] P4

Para realizar todo esse trabalho psicológico com maior qualidade acerca da cirurgia bariátrica com os pacientes que efetuam esse procedimento, a especialização se mostra uma forma de adquirir mais conhecimento e técnicas para isso.

Ah sim contribui, porque tem algumas coisas técnicas [...] essa quantidade de sessão no mínimo, essas 4, você vê que é através da especialização que você vai ter esse entendimento [...] eu acho que contribui bastante por conta desse dessa questão de você falar com propriedade para o paciente [...] Até na emissão dos laudos, o médico tem um olhar diferenciado em cima da gente [...] P2

[...] Se ensina o psicólogo como tratar comportamento alimentar, como ajudar o paciente a modificar a rotina, estilo de vida, como ter hábitos alimentares mais saudáveis, é o que é necessário para tratar o paciente [...] P3

[...] é muito importante, viu? Porque é que nem uma paciente que ficou 3 meses com a outra psicóloga aqui, que não tinha nada a ver, elas não conversavam sobre obesidade, a outra não sabia o que está fazendo [...] P6

## 8. ANÁLISE

Conforme exposto no método deste trabalho, foram entrevistados seis psicólogos, com tempo de atuação entre 7 e 36 anos, identificados de P1 a P6, que estão na faixa etária de 36 a 60 anos, sendo que um deles atua na Psicanálise, um deles na terapia Cognitiva-Comportamental e Humanista e os demais, somente na terapia Cognitivo-Comportamental. Com exceção de P4, possuem especializações para a atuação específica no campo de avaliações bariátricas.

A respeito da área de atuação desses profissionais, a maior parte deles tem sua prática focada na clínica e todos eles atuam realizando avaliações voltadas para aprovação da cirurgia bariátrica. Além disso, os psicólogos recebem em suas clínicas os pacientes para avaliação da cirurgia bariátrica normalmente por meio dos convênios, Sistema Único de Saúde (SUS) e indicações.

Independentemente de qualquer uma dessas formas de realizar a cirurgia, para ser aprovado para a cirurgia bariátrica seja pelo SUS, por convênio ou particular, os pacientes devem primeiramente atender a alguns critérios como o IMC, idade, doenças associadas e tempo de doença (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017e). Além disso, passam por consultas médicas e exames com alguns profissionais, como cardiologista, psicólogo ou psiquiatra e nutricionista, devendo a cirurgia ser aprovada por todos eles (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2017d).

Por sua vez, os participantes P2, P3 e P5, destacaram que existem diferenças na forma como é realizada a avaliação e a aprovação da cirurgia dependendo do caminho pelo qual o paciente chega, ou seja, convênio, SUS ou particular, como por exemplo, o período de avaliação no convênio é maior do que a clínica particular, porém o tempo de sessão é menor no convênio e em casos de cirurgias realizadas de forma particular não é exigido laudo psicológico, o que é necessário para o SUS e os convênios.

Entretanto, apesar do convênio possuir mais sessões, são encontradas pelos psicólogos entrevistados algumas dificuldades no atendimento para as avaliações dessa modalidade, uma delas é a quantidade de pacientes que passam por avaliação por mês, chegando a 250 pacientes, como indicado por P2, por isso acabam possuindo um tempo curto para avaliação de cada paciente.

Esse alto número de pacientes, pode ser evidenciado por um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2020) a respeito da

quantidade de cirurgias bariátricas realizadas entre 2011 e 2019 e o seu resultado realmente condiz com o exposto pelos participantes, trazendo que os planos de saúde lideraram o ranking em todos estes anos, sendo que no último ano realizaram 52.699 procedimentos bariátricos, enquanto o SUS teve 12.568 e as cirurgias particulares 5.263, conseqüentemente devido a esta alta procura, os convênios acabam optando por avaliações mais rápidas.

Apesar do alto número de pacientes e exigências, durante a avaliação os psicólogos procuram entender qual o histórico de tratamento da obesidade que os pacientes tentaram antes de chegar a opção da cirurgia e todos relataram que, muitas vezes, os pacientes não tentaram dieta, exercícios e terapia como forma de tratamento, com exceção de P2 do qual cita que quem chega até ele possui histórico de tratamento medicamentoso de no mínimo 2 anos.

Em relação ao tratamento anterior à cirurgia, Coutinho (1999 *apud* Zeve; Novais e Junior, 2012) traz que a obesidade pode ter alguns tratamentos com profissionais como o acompanhamento nutricional, os medicamentos e a prática de atividade física, porém quando isso não é suficiente para se obter resultados positivos, as pessoas podem buscar pela alternativa da cirurgia bariátrica.

Outro profissional que pode ser buscado como forma de combate a obesidade conforme destacado por P4 é o tratamento psicológico, porém o P2 destaca em uma de suas falas que somente 20% deles passam por processo de terapia, entretanto P3 estabelece que essa baixa procura ocorre também por conta de os profissionais não serem especializados para lidar com os comportamentos alimentares.

Além da falta de terapia existem outros fatores que podem contribuir para que o paciente tenha insucesso nas tentativas de perda de peso anteriores ao procedimento cirúrgico. Alguns desses fatores são: ansiedade, baixa autoestima, abuso sexual, pressão social, compulsão, falta de apoio familiar e de rotina, comportamentos disfuncionais e problemas hormonais, conforme destacado por P1, P2, P3 e P4.

Dentro disso, pode-se destacar que a obesidade possui suas patologias fisiológicas e psicológicas. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022a) o excesso de peso pode prejudicar diversos órgãos do corpo humano, como o coração, fígado e rins, além de afetar as articulações, sistema reprodutivo, propiciar o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, alguns tipos de neoplasias, doenças respiratórias, entre outros.

Além desses aspectos fisiológicos, é necessário considerar os aspectos emocionais e psicológicos de cada um. Entre as patologias psicológicas que podem ser associadas a obesidade e a sua manutenção, pode ser destacado a depressão, ansiedade, compulsão alimentar, entre outros (Cruz, Zanon e Bosa, 2015, *apud* Scotton *et al.*, 2019).

Conforme estudo realizado por Souza *et al.* (2005), do qual identificou aspectos comportamentais e sociais envolvidos na dificuldade de perder peso e mantê-lo após a perda, o fator emocional foi apontado pela maioria dos participantes como grande desafio a ser enfrentado. Eles consideraram sua rotina de vida estressante e referiam-se a sentimentos e/ou situações tais como: ansiedade, angústia, preocupação, solidão, tensão/estresse, raiva e tristeza como desencadeadores da vontade de comer.

Todos esses fatores podem contribuir para que os pacientes tenham insucesso na perda de peso, no entanto, assim como as comorbidades da obesidade são causadas ou pioradas por ela, o controle do peso também ajuda no combate dessas demais doenças (Palmeira, 2020). Por conta disso, conforme trazido pelos participantes, os pacientes acabam recorrendo a cirurgia bariátrica por diversos motivos, principalmente a estética, a saúde e a aceitação de si mesmos e acreditam que a partir do procedimento cirúrgico todos os problemas relacionados a obesidade serão resolvidos.

Diante dessa demanda, se faz necessário, em um primeiro contato, que o profissional faça um acolhimento do candidato a cirurgia, tire todas as dúvidas a respeito de como a avaliação e o preparo psicológico serão conduzidos, preparando-o para lidar com as mudanças que irão ocorrer (Franques, 2011). Ressaltando o que P4 trouxe, quando citou a importância de a psicoterapia ser realizada antes do procedimento cirúrgico, para que estejam preparados para a cirurgia.

Após esse primeiro contato, P1, P2, P3 e P5 destacaram a importância de se trabalhar durante o processo de avaliação, o manejo desses fatores emocionais ligados a obesidade. Os psicólogos destacaram a necessidade de trabalhar ao decorrer da avaliação para que os pacientes percebam quais os sintomas que os levam ao ganho de peso, a partir da identificação de seus pensamentos, crenças e de registros do antes e depois da cirurgia, além de disponibilizar ferramentas que os ajudem a lidar com as emoções, proporcionar reflexões sobre a necessidade de uma mudança de rotina e da construção de aderência ao tratamento.



Durante a avaliação é necessário que o psicólogo avalie essa capacidade do indivíduo de lidar com as mudanças comportamentais radicais exigidas pela operação, baseando-se em diversos aspectos clínicos, incluindo a avaliação das capacidades psicológicas do indivíduo em enfrentar essas dificuldades (Garrido Jr. (2002 *apud* Belfort, 2011).

Conforme trazido por Belfort (2011) neste contexto da avaliação, além dos aspectos relativos as mudanças, é importante que o psicólogo analise o quanto o paciente está adequado para a cirurgia, incluindo a avaliação de psicopatologias graves, como o caso de uma depressão, transtornos ou tentativas de suicídio, além da presença de habilidades para elaborar conflitos, a capacidade de dissociar a cirurgia das questões emocionais e uma visão menos distorcida do próprio corpo.

Nesse sentido, P2 e P3 destacaram que alguns casos precisam de ressalvas e um olhar mais atento durante o processo avaliativo, como exemplo os pacientes com histórico de tentativa de suicídio, com transtornos psiquiátricos, aqueles que estão passando por episódios conturbados em sua vida pessoal ou que a cirurgia ofereça risco.

No que diz respeito ao tempo para avaliação, Belfort (2011) destaca que é realizada em cerca de quatro sessões, incluindo o primeiro contato que é feito a anamnese, entretanto vale ressaltar que a avaliação em grupo é conduzida por diversos meses, pois essas sessões desempenham um papel terapêutico e de preparação para a cirurgia, porém a aprovação pode ocorrer em poucas sessões, podendo ser utilizados testes ou outras abordagens de escolha do profissional.

Os psicólogos entrevistados mostraram que não existe uma quantidade de sessões a serem seguidas, porém estabelecem um mínimo de 3 sessões, podendo variar em até 24 em alguns convênios. Para essa avaliação é realizada entrevista de anamnese, aplicação de testes, em alguns casos entrevista com familiar para identificação de possíveis patologias e entender a preparação do paciente para a demanda cirúrgica.

Em relação a esse ponto, P2 cita que existem dois extremos nesse contexto, um em que o paciente desiste do procedimento, pois não consegue chegar ao peso da cirurgia e o outro em que o paciente tem uma perda tão grande durante as avaliações para ser aprovado para a cirurgia bariátrica que não necessita mais da intervenção cirúrgica, ou seja, as sessões com os profissionais foram suficientes.

Em relação aos instrumentos usados para avaliação da cirurgia bariátrica, P1, P3, P5 e P6, citaram que fazem o uso de alguns testes, por exemplo, o BAI<sup>10</sup>, o BDI<sup>11</sup>, o Stunkard<sup>12</sup>, o AUDIT<sup>13</sup>, o BITE<sup>14</sup> e o Inventário de Cinco Fatores<sup>15</sup>. Em contrapartida P2 cita que para a avaliação da cirurgia bariátrica não realiza nenhum tipo de teste. Entre os objetivos da aplicação dos testes estão avaliar o humor, a inteligência, a personalidade, a impulsividade, imagem corporal e uso de substâncias químicas.

Além disso, os participantes destacaram que esses instrumentos são usados com o objetivo de avaliar aspectos importantes, para compreender se o paciente está apto psicologicamente para as consequências da cirurgia bariátrica.

A partir dos testes realizados em conjunto com a anamnese, P1, P3 e P5 estabelecem alguns critérios para aprovação da cirurgia, como por exemplo os pacientes não possuírem transtornos de personalidade ou humor grave, além de garantir que o paciente e sua rede de apoio tenham entendido todas as fases da cirurgia.

Após a realização de todo esse processo para aprovação (anamnese, os testes e as entrevistas com familiares se for o caso), os psicólogos devem confeccionar os laudos contendo sua análise em relação ao paciente e sua possível aprovação ou não para a cirurgia.

De acordo com a Resolução 06/2019 de 11 de setembro de 2019 do CFP o laudo psicológico é fruto de uma avaliação psicológica e tem como objetivo fornecer

---

<sup>10</sup> O BAI (*Beck Anxiety Inventory*) é o Inventário de Ansiedade de Beck, utilizado como instrumento na avaliação psicológica, buscando mensurar a intensidade dos sintomas de ansiedade (Karino e Laros, 2014).

<sup>11</sup> Segundo Silva, Wendt e Argimom (2018), o BDI (*Beck Depression Inventory*) é o Inventário de Depressão de Beck e trata-se de uma ferramenta de avaliação psicológica, que busca mensurar a intensidade e a gravidade dos episódios depressivos.

<sup>12</sup> Outro teste utilizado é a Escala de Silhuetas de Stunkard, que consiste em uma análise de percepção corporal através de figuras apresentadas ao paciente que variam de imagens de silhuetas muito magras a muito gordas, sendo utilizado para verificar a insatisfação corporal do paciente (Campana A., Campana M. e Tavares, 2009).

<sup>13</sup> O AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) ao ser aplicado, tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool, comumente utilizado em todo o mundo para identificar grupos de risco e rastrear o uso inadequado dessa substância química (Santos *et. al.*, 2012).

<sup>14</sup> O teste BITE (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*), trata-se de um questionário desenvolvido para o rastreamento e avaliação da gravidade da Bulimia Nervosa, utilizado no diagnóstico de pacientes com transtorno alimentar (Freitas, Gorenstein e Appolinario, 2002).

<sup>15</sup> Um dos modelos de investigação da personalidade utilizado é o dos cinco grandes fatores, conhecido internacionalmente como *big five*. Em suma, as cinco dimensões avaliadas nesse modelo de teste são: extroversão, docilidade, conscienciosidade, abertura e neuroticismo, sendo que cada uma delas possui um traço oposto, sugerindo uma polaridade positiva e outra negativa (Gomes, 2012).

dados técnicos e científicos sobre os aspectos psicológicos, levando em consideração os fatores históricos e sociais do indivíduo, grupo ou organização, a fim de auxiliar na tomada de decisões relacionadas à demanda apresentada.

Durante a entrevista, P1 e P2 destacaram que o laudo deve seguir exatamente a resolução estabelecida pelo CRP e deve conter a descrição a respeito de todos os procedimentos e técnicas que foram utilizadas no processo avaliativo, em contrapartida destacaram que apesar de existir um padrão, o modelo é livre para que cada profissional siga conforme desejar, porém essas informações básicas são obrigatórias.

No que diz respeito à estrutura do laudo psicológico, a Resolução 06/2019 de 11 de setembro de 2019, traz que ele deve ser composto pelos itens: “identificação, descrição da demanda, procedimento, análise, conclusão e referências”.

Os participantes destacam que esses laudos são importantes, pois demonstram o resultado de tudo que foi realizado com os pacientes para que compreenda sua aptidão na realização da cirurgia bariátrica. A partir desse documento, o histórico do paciente pode ser revisitado, mostrando pontos importantes como os transtornos de personalidade e histórico de tentativas de suicídio.

Apesar de ser destacada a importância dos laudos e do acompanhamento terapêutico, P2 destaca que os pacientes tendem a procurar os profissionais somente para receber a aprovação imediata, evidenciando que a maioria deles conhecem as respostas que precisam dar para isso ou então oferecem comprar o laudo para recebê-lo no mesmo dia.

Durante a avaliação, o profissional pode buscar analisar a forma como o paciente está lidando com isso, ou seja, de forma emergencial, somente a procura do laudo ou não. Segundo Leal e Baldin (2007), a avaliação do paciente candidato ao procedimento cirúrgico, pode produzir uma adequada percepção de como o paciente percebe o tratamento de sua obesidade mórbida, analisando o grau de ansiedade e maturidade para o enfrentamento da cirurgia e suas consequências. Nesse sentido, por se tratar de um procedimento invasivo que resultará em grande impacto na vida da pessoa e do seu contexto familiar e social, é de extrema importância que o paciente também receba acompanhamento psicológico no pré e pós-cirúrgico.

Durante esse acompanhamento, Akamine e Ilias (2013) abordam que no pré-operatório, é necessário compreender as expectativas do paciente candidato ao procedimento cirúrgico. O psicólogo deve investigar o comportamento alimentar do paciente, avaliar os sintomas e níveis de ansiedade, depressão e compulsão alimentar que podem interferir na causa da obesidade, bem como as tentativas anteriores de perda de peso, sendo importante analisar a postura da família frente a decisão da cirurgia e entender a forma como o paciente atribui a causa da obesidade em sua vida.

Nesse sentido é fundamental o estabelecimento do vínculo terapêutico entre o psicólogo e paciente, para que o tratamento da obesidade possa ser efetivo. Essa relação de confiança contribui para o retorno do paciente pós cirurgia, diante das demandas que surgem com o novo estilo de vida. (Akamine e Ilias, 2013)

Além da confecção de um laudo por parte do psicólogo e de sua atuação, outros profissionais também são envolvidos no processo de aprovação da cirurgia bariátrica e no pós-operatório. Conforme determinação da SBCBM (2017d) durante o pré-operatório o paciente, obrigatoriamente, deverá passar por consultas e exames com alguns profissionais, sendo eles: cirurgião, cardiologista, psicólogo ou psiquiatra e nutricionista. Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (2005) acrescenta a necessidade do anestesista, fisioterapeutas e enfermeiros neste procedimento, cada qual avaliando o que é determinante em sua atuação.

Entretanto, apesar dessas avaliações serem realizadas separadamente, cada qual cumprindo seu papel profissional, P1 cita que o ideal seria uma reunião da equipe multidisciplinar para tratarem os casos. Na maioria das vezes, como não há essa possibilidade, os profissionais produzem os relatórios e compartilham entre si. Ademais, existe uma diferença entre os convênios e o trabalho particular, pois no último não há interação entre as partes.

Conforme relatado por Tavares (2012), dentro desse trabalho existem quatro formas de se relacionar entre os profissionais inseridos em um grupo, sendo eles o multidisciplinar, em que não há comunicação entre os profissionais ou há pouca interação, o pluridisciplinar, em que há cooperação entre as disciplinas de um mesmo setor de conhecimento.

Além deles, existe o interdisciplinar no qual há reuniões complementares de vários especialistas em um contexto de estudo coletivo, em que cada disciplina depende da outra e o transdisciplinar, em que os integrantes do grupo aprendem

conhecimentos diversos de forma integrada, transcendendo o conhecimento básico (Tavares, 2012).

Diante do trabalho multidisciplinar a ser realizado, os participantes P1, P2 e P4 demonstraram a importância que sentem quanto a isso, visto que assim entendem o paciente por meio de outro olhar e podem combinar conhecimentos para uma melhor orientação a ele. Apesar de elencarem essa importância, o participante P1 destacou a falta de participação dos médicos cirurgiões no processo de aprovação e acreditam que isso se dá pelo fato de que estão interessados somente em realizar a cirurgia.

Assim seria importante que o trabalho fosse pelo menos o interdisciplinar, para que todos dentro do processo da cirurgia bariátrica conheçam as áreas dependentes envolvidas fazendo com que o trabalho se tornasse mais eficiente.

Mesmo diante da falta de comunicação entre o psicólogo e o cirurgião, após aprovação da cirurgia e depois do procedimento realizado, é necessário que o paciente continue o seu acompanhamento na psicoterapia, pois conforme destacado por Gleiser e Candemil (2011) a psicoterapia é uma forma de prevenir a ocorrência de recaídas e ajuda a manter um equilíbrio entre físico e mental.

A falta do acompanhamento terapêutico pós cirurgia bariátrica pode acarretar diversos transtornos, como por exemplo, presença de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), comportamentos impulsivos, dificuldades intrapessoais e interpessoais, autoestima rebaixada e distorções na percepção (Valenti, Omizo e Maledrona, 2011; Vervaet, van Heeringen e Audenaert, 2004; Hilbert *et al.*, 2011; Passos, Yazigi e Claudino, 2008; Elfagh, 2011 *apud* Venzon e Alchieri, 2014).

Outra consequência, que pode ser destacada por não continuar esse acompanhamento, é o ganho de peso. Um estudo longitudinal envolvendo 782 pacientes que foram submetidos ao procedimento cirúrgico há no mínimo 2 anos, indicou que daqueles que não obtiveram sucesso, 60% nunca passaram por acompanhamento psicológico, embora os pacientes tenham a orientação de permanecer com um acompanhamento multidisciplinar (Oliveira *et al.*, 2008 *apud* Sousa, 2014).

Isto vai ao encontro com o que foi destacado por P1, P4, P5 e P6, dos quais citaram que caso esse acompanhamento não seja realizado, podem existir consequências como o ganho de peso, retomadas de patologias, hábitos

prejudiciais e podem ocorrer transferências negativas de prazer, como por exemplo, transferir o prazer antigo de comer para o prazer de consumir álcool.

Entretanto, esse trabalho psicoterápico no pós-operatório, de acordo com as autoras Gleiser e Candemil (2011), traz desafios devido a pouca quantidade de pacientes que permanecem com acompanhamento após a realização do procedimento cirúrgico. Além disso, essa interrupção do tratamento está relacionada a possíveis problemas em lidar com as emoções, que pode estar ligada às mudanças corporais.

Apesar de ser orientado quanto a importância de se continuar um acompanhamento psicológico, P3, P4, P5 e P6 destacaram que alguns dos pacientes não continuam com o processo, o que pode ser explicado de acordo com eles, pela falta de uma psicoeducação assertiva, o custo da terapia, questões culturais sobre frequentar um psicólogo ou um padrão de abandonar diferentes tratamentos.

Além disso, como visto anteriormente, os fatores emocionais são causas frequentes do insucesso da perda de peso sem intervenção cirúrgica e precisam continuar a serem trabalhados após a cirurgia para que ela tenha sucesso, conforme destacado por P2 e P5, citando que o reconhecimento da importância do psicólogo é crucial para esse trabalho.

Em contrapartida, aqueles que continuam com o tratamento psicológico pode ser pelo fato de ter criado um vínculo positivo com o terapeuta, o hábito de frequentar a terapia, a percepção dos resultados positivos e a compreensão de como isso é uma parte importante durante todo o processo da cirurgia bariátrica, tanto no pré, como no pós-operatório.

Além da importância da terapia, P1 e P4 elencaram outros fatores que podem contribuir para o sucesso da perda de peso no pós-operatório, como praticar exercícios, se alimentar corretamente, ter um boa noite de sono, tomar medicamentos, se necessário, e estar comprometido com o processo de emagrecimento.

Em relação aos fatores que influenciam o ganho de peso, os principais citados por P1, P3 e P5 foram transtornos psiquiátricos, pré-disposição ao ganho de peso, trabalho interdisciplinar malfeito e dificuldades na construção de uma nova identidade. Para os pacientes que vivenciam o ganho de peso, os participantes indicaram que o trabalho realizado com eles consiste em retomar os passos da

psicoterapia para compreender as falhas, suas responsabilidades e que a obesidade é uma doença que precisa de um tratamento a longo prazo, assim não será de um dia para o outro que ela se resolverá.

Além da questão do reganho de peso, os pacientes tendem a trazer como demandas no pós-operatório questões de ansiedade, tristeza, estética, troca de compulsões, distorção de imagem e dificuldades na adaptação a nova rotina, visto que eles precisam se adequar ao novo estilo de vida, aos benefícios que obtiveram, a fim de compreender qual a nova função que a comida desempenha em suas vidas e como eles podem transferir o prazer da comida para outras coisas ou situações.

Portanto, após a cirurgia bariátrica existe a possibilidade de surgirem sintomas de vazio, falta de prazer em atividades diárias, baixo desempenho, dependência afetiva, ansiedade, angústia, distorção de imagem corporal, transtornos compulsivos obsessivos e depressão, o que pode contribuir para que eles venham a ter um ganho de peso novamente, por conta disso, é fundamental o acompanhamento psicológico nesse período (Pull, 2010; Delloso, Silva e Cunha, 2013 *apud* Della Méa e Peccin, 2017).

Uma das formas de trabalho destacadas por P3 e P6 é a Psicoeducação, uma técnica da Terapia Cognitivo-Comportamental, que é frequentemente utilizada e tem por objetivo ensinar o paciente formas assertivas diante de determinados comportamentos. Essa abordagem acredita que o paciente pode se tornar seu próprio terapeuta a partir do reconhecimento e aprendizado sobre seu funcionamento, como resolver os problemas, estabelecimento de estratégias e identificação de pensamentos automáticos e crenças, sendo a psicoeducação uma das técnicas que possibilitam isso (Beck, 1977 *apud* Carvalho; Malagris e Rangé, 2019).

A partir da aplicação dessa técnica em conjunto com as demais de acordo com cada abordagem, os psicólogos entrevistados encontram diversas formas de contribuir com o paciente após a cirurgia, devolvendo sua liberdade e autonomia em relação a comida e apresentando estratégias para que ele consiga chegar ao seu objetivo.

Para realizar todo esse trabalho psicológico com maior qualidade acerca da cirurgia bariátrica com os pacientes que efetuam esse procedimento, a especialização se mostra uma forma de adquirir mais conhecimentos e técnicas para isso. Dentro disso, P2, P3 e P6 destacam que as especializações são importantes e

ajudam a complementar o manejo terapêutico, para que se compreenda melhor os transtornos alimentares, podendo auxiliar na mudança do estilo de vida do paciente, além de oferecer credibilidade para todos os envolvidos no processo da cirurgia bariátrica.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da problemática exposta sobre a atuação do psicólogo, ao longo dessa pesquisa foi possível constatar as formas de trabalho e contribuições do profissional em relação ao manejo dos pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. Nesse sentido, o papel do psicólogo é identificar as condições psíquicas do paciente para o enfrentamento das consequências do procedimento cirúrgico.

Por outro lado, é necessário um trabalho em conjunto de uma série de profissionais da saúde que preparam e auxiliam o paciente no processo da cirurgia, avaliando as condições psicológicas e fisiológicas do candidato, cada qual em sua competência, pensando no bem-estar do indivíduo durante e após o procedimento cirúrgico. Esse trabalho multidisciplinar é necessário para avaliar os riscos da cirurgia, porém aparenta não considerar o paciente na sua totalidade, uma vez que os profissionais não se comunicam entre si.

Dentro disso, foi constatado que apesar de envolver diversas áreas de atuação, não existe uma interdisciplinariedade entre os profissionais de saúde envolvidos, considerando que cada um realiza sua avaliação de forma individual para a emissão do laudo. A partir disso, conclui-se que essa falta de comunicação pode acarretar prejuízos para o paciente após a cirurgia, uma vez que a decisão de liberação para o procedimento fica nas mãos do cirurgião de forma unilateral e não da equipe multidisciplinar.

Foi possível notar durante a pesquisa o quanto a equipe não trabalha de modo integrado a partir do momento em que para cirurgias realizadas de forma particular não é exigido a aprovação de nenhum outro profissional além do cirurgião, comparado aos procedimentos realizados pelo SUS ou por convênio, demonstrando a falta da interdisciplinariedade nesse processo.

No que diz respeito ao pós-operatório, concluímos que os pacientes que não realizam acompanhamento psicológico tendem a ter reganho de peso e outras consequências tais como: distorção de imagem, não adaptabilidade ao novo estilo de vida, dificuldades de identidade e troca de compulsão alimentar para outras fontes de prazer.

Portanto, é fundamental que o paciente seja acompanhado no pré e pós-operatório com psicólogo especializado e capacitado para atender as demandas

específicas dos pacientes bariátricos. Vale ressaltar a importância dos demais profissionais envolvidos, dos quais contribuem para o êxito da cirurgia.

Além disso, existem algumas defasagens em pesquisas teóricas e práticas em relação aos aspectos psicológicos que envolvem a cirurgia bariátrica, por conta disso, foi identificada a necessidade de ampliar o conhecimento a respeito do tema a partir da realização de novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, T. C. P; COSTA, L. S. S; REIS, T. L. Influência midiática na construção da beleza: uma visão fenomenológica existencial. **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, v. 12, n. 3, p. 50-56, 2021.

AKAMINE, A. M. B. C.; ILIAS, E. J.. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 316–317, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ANDRADE, R.S.; CESSE, E.A.P.; FIGUEIRÓ, A.C. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Revista Saúde Debate**, v. 47, n. 138, p. 641-657, 2023.

ARAUJO, G.B.; FIGUEIREDO, I.H.S.; ARAUJO, B.S.; OLIVEIRA, I.M.M.; DORNELLES, C.; AGUIAR, J.R.V.; FERREIRA, A.R.; SILVA, C.V.S.; ARAUJO, Y.E.L.; RIBEIRO, S.E.F.S.; SILVA, J.C.P.; ALMEIDA, B.S.; LIMA, C.C. Relação entre sobrepeso e obesidade e o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis em adultos. **Research, Society and Development**, [S. l.], v.11, n.2, p.e50311225917, 2022.

ARENALI-LOLI, M. S.; PRETO, C. R. S. O relatório Psicológico. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENDES-LOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. 1ª Ed. São Paulo: Vetor, 2011.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. 3ª Diretriz de avaliação cardiovascular perioperatória da sociedade brasileira de cardiologia. **Revista Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 109, n. 3, p. 1-115, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade.** [sd]. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>> Acesso em: 02 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO – Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica – 4 ed. São Paulo, 2016.

\_\_\_\_\_. Guia para entender o tratamento com cirurgia bariátrica e metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2022** / ABESO – Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. 2022.

AULETE, C. 1823-1878. Dicionário Caldas Aulete da Língua Portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2008.

BELFORT, M. F. G. Avaliação para cirurgia bariátrica no contexto hospitalar: diferentes formas de intervenção. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo: Vetor, 2011.

BERNARDI, F. CICHELERO, C. VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 85–93, 2005.

BORGES, F.S.; SOUZA, K. M. de. A democratização da beleza e a constituição das subjetividades. **Redisco**, v. 2, n. 2, p. 17-31, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 27 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C)

2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs Aceso em: 27 jan. 2024

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo> Acesso em: 10 mai. 2024.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº196**, de 29 de fevereiro de 2000. Brasília, 29 de fevereiro de 2000. Disponível em:[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=A3B81CA05DFDFB1BEE6D7E54591BC898.proposicoesWebExterno2?codteor=154281&filename=LegislacaoCitada+-INC+794/2003](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A3B81CA05DFDFB1BEE6D7E54591BC898.proposicoesWebExterno2?codteor=154281&filename=LegislacaoCitada+-INC+794/2003) Acesso em: 27 jan. 2024.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília, [sd]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em 27 jan. 2024.

BRUZIGUESSI, S. **Adesão ao tratamento multidisciplinar 6 meses após cirurgia bariátrica: influência de fatores socioeconômicos, autoeficácia, suporte social, família e personalidade do paciente.** 96 p. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás, 2010. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/2046/1/Simony%20Bruziguessi.pdf> Acesso em 27 jan. 2024.

CAMBRAIS, P.A. e JÚNIOR, J.M.S. Anestesia na cirurgia bariátrica. **Revista Cient. Iamspe**, v. 11, n. 2, p. 60-71, 2022.

CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. da C. G. C. F. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 437-446, 2009.

CARVALHO, M.R.; MALAGRIS, L.E.N. e RANGÉ, B.P. **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

CASSIMIRO, E.S.; GALDINO, F. F. S. As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia Antiga à Contemporaneidade. **Revista Metanoia**, São João del-Rei, n.14, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N° 1.766/2005**, 2005. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2005/1766\\_2005.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2005/1766_2005.pdf)> Acesso em: 09 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 10**, de 26 de junho de 2012. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. 2012. Disponível em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-de-fiscalizacao-e-orientacao-n-10-2012-revoga-a-resolucao-cfp-no-016-2000-publicada-no-dou-no246-secao-1-pagina-91-no-dia-22-de-dezembro-de-2000-que-dispoe-sobre-a-realizacao-de-pesquisa-em-psicologia-com-seres-humanos?origin=instituicao>> Acesso em: 08 out. de 2023.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 06/2019** de 11 de setembro de 2019. Orientações sobre elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. Brasília: 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n-06-2019-comentada.pdf>. Acesso em: 26 de ago. de 2024.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 07/2003** de 14 de junho de 2003. Manual de elaboração de Documentos escritos produzidos pelo Psicólogo. Disponível em:

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003\\_7.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf). Acesso em: 26 de ago. de 2024.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 009/2018** de 25 de abril de 2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Brasília: 2018. Disponível em: <https://satepsi.cfp.org.br/docs/ResolucaoCFP009-18.pdf>. Acesso em: 03 de fev. de 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 08 out. 2023.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DELLA MÉA, C.; PECCIN, C.. Sintomas de ansiedade, depressivos e uso de substâncias psicoativas em pacientes após a cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 119-130, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609864758009/609864758009.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

DESLANDES, S.F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade; Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. — Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DIAS, F. Divisão da história. **Educa Mais Brasil**. 2020. Disponível em: <<https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/historia/divisao-da-historia>> Acesso em: 22 jan. 2024.

DIAS, G.S.; ARENAS, M.V.S. Estudos sobre cirurgia bariátrica no sistema único de saúde publicados no período de 2016 a 2020. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, v. 14, n.2, p. 19-33, 2022.

FELIX, L.G; SOARES, M.J.G.O. e NÓBREGA, M.M.L. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.1, p. 83-91, 2012.

FERNANDES, L.C.S.; FENSTERSEIFER, L. Alimentação e seus efeitos: Contribuições do psicólogo ao contexto da obesidade e da cirurgia bariátrica. **Revista Pista: periódico interdisciplinar**, v. 3, n. 1, p. 119-140, 2021.

FLORES, C.A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v.27, n.1, p.59-62, 2014.

FONSECA, M. R. da. A história da beleza. **Marraio**, Rio de Janeiro, n.26, p. 58-64, 2013.

FRANCISCHI, R.P.P.; FERREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P.; JÚNIOR, A.H.L. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 17–28, 2000.

FRANQUES, A. R. M. Entrevista Psicológica. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 34–38, dez. 2002.

GALVEZ, J. A. **Dicionário Larousse francês-português**. 1 ed. São Paulo: Larousse do Brasil, 2005.



GLEISER, D. Avaliação pré-operatória de uma paciente artista visual: o uso da arte no reconhecimento do corpo. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011.

GLEISER, D.; CANDEMIL, R. S. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011.

GOMES, C. M. A. A estrutura fatorial do inventário de características da personalidade. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 2, p. 209–220, abr. 2012.

GOTARDO, A. **A semaglutida no tratamento da obesidade**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmacêutico). Curso de Farmácia. Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2022. Disponível em: <http://repositorio.upf.br/handle/riupf/2464>. Acesso em: 24 mar. 2024.

HALPERN, A. **A epidemia de obesidade**. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 3, p. 175–176, jun. 1999.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 84 suppl 1, p.3–28, 2005.

ISMAEL, S.M.C (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

IZIDORIO, R. e LIMA, T.C.S. Serviço Social e Programa de Cirurgia Bariátrica: sistematizações iniciais. **Revista Argumentum**, v. 4, n. 2, p. 145-160, 2012.

KARINO, C. A.; LAROS, J. A. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 23–36, jan. 2014.

KERCHER, K.K.O.K. e GARCIA, M.C.R. Correlação da disbiose intestinal e obesidade: uma revisão bibliográfica. **Salão do Conhecimento**, 2016. Disponível em:

<<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/6553/5328>> Acesso em: 07 abr. 2023.

KLEMENS, S. I. do C. **Obesidade e saúde mental: a possível relação entre obesidade e transtornos de ordem psiquiátricos**. 2021, 51 f. Trabalho de conclusão de curso. Curso de psicologia. Universidade de Cuiabá. Primavera do Leste. Cuiabá, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/42431/1/Simone+Ilma+do+C.+Klemens.pdf> Acesso em: 10 fev. 2024.

LEAL, C. W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 324–327, set. 2007.

MAGNI, S.M.P.; BIANCHI, P.D.A.; STURMER, G.; NICOLODI, G.V. e KELLER, K.D. Efeito de um tratamento fisioterapêutico respiratório em indivíduos candidatos a cirurgia bariátrica. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 20, n.2, p. 172-178, 2019.

MAIA, R. H. S. NAVARRO, A. C. O exercício físico leve a moderado como tratamento da obesidade, hipertensão e diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.11. n.66. p.393-402. Nov./Dez. 2017. ISSN 1981- 9919.

MALDONADO, G. de R. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. n.1. p. 59-76, 2006.

MARÇAL, M.A.T.; SANTOS, B.C.; BRANDOLIS, M.G.G.; PIMENTEL, H.J.S.; MACHADO, A.E.S.B. **Complicações em cirurgia bariátrica**. In Cirurgia bariátrica:

aspectos gerais, técnicas e condutas do pré ao pós-operatório, 2021. 1ª ed. Goiânia: SBCSaúde, 2021.

MARQUES, G.F. **Cirurgia bariátrica: A percepção de psicólogos sobre o processo de avaliação psicológica que antecede o procedimento.** 23 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16583/1/Artigo%20TCC%2010.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2023.

MELO, M. E. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade.** In Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. 2011. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/5521afaf13cb9-1.pdf> Acesso em: 29 jan. 2024.

MIOTO, R.C.T. Trabalho com famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos e Contextos**, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2004.

MOREIRA, M.D., A construção da imagem corporal nas redes sociais: padrões de beleza e discursos de influenciadores digitais. **PERecursos Linguísticos**, Espírito Santo, V. 10, n. 25, p. 144-162, 2020.

MOREIRA, W. W. (org.). **Século XXI: a era do corpo ativo.** 1. ed. Campinas: Papyrus, 2015.

MURARA, J. R.; MACEDO, L. L. B. DE; LIBERALI, R. Análise da eficácia da cirurgia bariátrica na redução de peso corporal e no combate à obesidade mórbida. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, 15 jan. 2012.

OLIVEIRA, M.P.; SIQUEIRA, E.J.; ALVAREZ, G.S.; LAITANO, F.F.; PIRES, F.K.S.; MARTINS, P.D.E. Aspectos psicológicos do paciente pós-bariátrico. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.41, n.1, p.173-175, 2012.

OLIVEIRA, R. DE. M.; SOUZA, M. L. R. DE. A terapia comportamental e cognitiva como estratégia na redução e manutenção do peso corporal: uma revisão sistemática. **Associação Portuguesa de Nutrição** 27 (2021) 50-57. Disponível em: <https://actaportuguesadenutricao.pt/edicoes/mixed-meal-tolerance-test-as-a-screening-method-for-gestational-diabetes-a-narrative-review-2-2-2-2-3-2-2-2-2/>. Acesso em: 24 mar. 2024.

OLIVEIRA, R. R. de. **Proporção áurea**. Mundo Educação. [sd] Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/matematica/proporcao-aurea.htm>. Acesso em: 05 abr. 2024.

OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C. e AZEVEDO, A.P. **Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos**. Arquivos da Clínica de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vVY8Ht9LZ94jRBzbvt8wrgw/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 31 mar. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade e Sobrepeso**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Acesso em: 12 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. **Câncer**. 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Dia Mundial da Obesidade 2022a – Acelerar ações para acabar com a obesidade**. 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity> Acesso em: 29 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Diabetes**. 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Doenças Cardiovasculares**. Genebra: OMS, 2023c. Disponível em: [https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1) Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Doenças não transmissíveis**: síndrome da apneia obstrutiva do sono. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-obstructive-sleep-apnoea-syndrome> Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Doenças respiratórias crônicas**. Genebra: OMS, 2023d. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1) Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Hipertensão**. 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Acesso em: 04 fev. 2024.

\_\_\_\_\_. **Obesidade**: consequências para a saúde do excesso de peso. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/obesity-health-consequences-of-being-overweight> Acesso em: 29 jan. 2024.

PALHETA, R.C.A.; COSTA, V.V.L.; BRÍGIDA, E.P.S.; DIAS, J.S.; NOGUEIRA, A.A.C.; FIGUEIRA, M.S. Avaliação da perda de peso e comorbidades em pacientes submetido à cirurgia bariátrica em uma clínica particular em Belém-PA. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 65, p. 281-289, 2017.

PALMEIRA, C.S.; MOTA, J.S.; PASSOS, N.A.C.; MUSSI, F.C. Padrão alimentar, comorbidades e grau de obesidade de mulheres em seguimento ambulatorial multiprofissional. **Rev baiana enferm.**, v. 34, n. 36203, p. 1-13, 2020.

PEREIRA, C. BRANDÃO, I. Uma perspectiva da psicopatologia da obesidade. **Revista Arquivos de Medicina**, v. 28, n. 5, p. 152-159, 2014.

PESSOA, F. 1888-1935. **Poesia completa de Alberto Caeiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

PINHO, P.R.; MENDES, C.L.; CHILLOF; MENDES, F.H.; SOUZA, C.V.; LEITE; VITERBO, F. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.26, n.4, p.685-690, 2011.

RODRIGUES, G.; PRECYBELOVICZ, T.; BETTINI, S.C. e FARIAS, G. Acompanhamento nutricional no pré-operatório de cirurgia bariátrica: tempo de seguimento versus redução de peso. **Revista PsicoFAE**, v. 6, n.2, p. 97-112, 2017.

SANTOS, M. C. A. DOS. Nós e os gregos. **Trans/Form/Ação**, v. 17, p. 133–141, 1994.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V.V.; FERNANDES, D.P.; SOUZA, S.S.B.; GRANGEIRO, A.S.M. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 117–123, 2012.

SCHUBERT, C. **A construção do conceito estético ocidental e sua implicação na formação valorativa e no processo educacional**. In: Divisão Temática Interfaces Comunicativas do X Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul. Blumenau, 2009. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2009/resumos/R16-1303-1.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2023.

SCOTTON, I. L.; AFFONSO, G.; CONCEIÇÃO, E.M.; NEUFELD, C.B. Aspectos psicológicos em indivíduos com sobrepeso e obesidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 295-307, 2019.

SILVA, J.; DIONISIO, G.H. Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 248-275, 2019.

SILVA, M.A.; WENDT, G.W.; ARGIMON, I.I.L. Inventário de depressão de Beck II: análises pela teoria do traço latente. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 339-350, 2018.

SOBRAL, A.L.O. **Cirurgia bariátrica**: Fragmentos da análise de uma espera. 117p. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2013. Disponível em: <[https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/5939/1/ANA\\_LUIZA\\_OLIVEIRA\\_SOBRAL.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/5939/1/ANA_LUIZA_OLIVEIRA_SOBRAL.pdf)> Acesso em: 06 jan. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **A cirurgia bariátrica**. 2017e. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/a-cirurgia-bariatrica/>> Acesso em: 06 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Cirurgia bariátrica – Técnicas cirúrgicas**. 2017c. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>> Acesso em: 06 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Cirurgiões debatem cirurgia bariátrica no SUS**. 2019. <<https://www.sbcbm.org.br/cirurgioes-debatem-cirurgia-bariatrica-no-sus/>> Acesso em: 27 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Fisioterapia**. [s.d] Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/fisioterapia/#:~:text=O%20fisioterapeuta%20atua%20em%20todo,sedentarismo%20e%20in%C3%ADcio%20de%20praticas>. Acesso em: 12 abr. 2023

\_\_\_\_\_. **História da Cirurgia Bariátrica no Brasil**. [s.d]. <<https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>> Acesso em: 06 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Obesidade atinge mais de 6,7 milhões de pessoas no Brasil em 2022**. 2023. <<https://www.sbcbm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67--milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022/>> Acesso em: 27 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Pré-Operatório.** 2017d. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/pre-operatorio/>> Acesso em: 20 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Quem pode fazer.** 2017a. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/quem-pode-fazer/>> Acesso em: 07 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. **SBCBM divulga números e pede participação popular para cobertura da cirurgia metabólica pelos planos de saúde.** 2020. <<https://www.sbcbm.org.br/sbcbm-divulga-numeros-e-pede-participacao-popular-para-cobertura-da-cirurgia-metabolica-pelos-planos-de-saude/>> Acesso em: 27 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **Técnicas cirúrgicas.** 2017b. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-barietrica/>. Acesso em: 07 abr. 2023.

SOUSA, M. **Cirurgia Bariátrica:** causas do ganho de peso no pós-operatório. Centro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Brasília. 2014. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/7146/1/20957157.pdf>. Acesso em: 03 de fev. de 2024.

SOUZA, J.M.B.; CASTRO, M.M.; MAIA, E.M.C.; RIBEIRO, A.N.; ALMONDES, K.M.; SILVA, N.G. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 59-67, 2005.

STEINER, D. **Beleza levada a sério.** 3 ed. São Paulo: Rideel, 2010.

TAVARES, G. de S. **Multi, pluri, interdisciplinaridade... Concepções de professores de uma IFES.** Anais IV FIPED. Campina Grande: Realize Editora, 2012.

VELHOTE, M.C.P. **Tratamento cirúrgico da obesidade na adolescência:** Resultados iniciais. 136p. Tese (Pediatria) – Universidade de São Paulo, 2007.



Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/5/tde-12032009-085641/publico/ManoelVelhote.pdf>> Acesso em: 06 jan. 2024.

VENZON, C.N.; ALCHIERE, J.C. Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-249, 2014.


VIGARELLO, G. **A história da beleza**: o corpo e a arte de se embelezar, do Renascimento aos dias de hoje. Tradução: Léo Schafman. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. **Obesidade: uma perspectiva plural**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185–194, 2010.

ZEVE, J.L.M.; NOVAIS, P.O.; JUNIOR, N.O. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, v.5, n.2, p.132-140, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Intenção de Pesquisa

**UNIP**  
UNIVERSIDADE PAULISTA  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
Campus Indianópolis  
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino  
CEP: 04026-002 – F. (11) 5586-4090  
E-mail: [cep@unip.br](mailto:cep@unip.br)  
Horário de funcionamento das 08:00 às 19:00


### INTENÇÃO DE PESQUISA

À / Ao: Assupero Ensino Superior Ltda

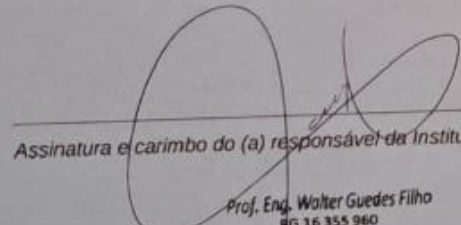
Eu, Osvaldo Rocha da Silva, responsável principal pelo projeto de Trabalho de Conclusão de Curso tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada Cirurgia Bariátrica: Atuação do Psicólogo, cujo(s) aluno(s) participante(s) Enaiady Raquel Alves Perin, portadora do RG 59.432.519-5; Geisiane Aline Moreira, portadora do RG: 34.288.150-4 ; Jaqueline de Castro Caetano, portadora do RG: 56.916.455-2; Júlia Fachinete, portadora do RG: 58.930.887-7 e Tamiris Aparecida Castro de Favere, portadora do RG: 56.879.485-0 está (ão) regularmente matriculado(s) no Curso de Psicologia da Assupero Ensino Superior Ltda – Campus Limeira nesse ano corrente.

A Coleta de dados desse projeto somente poderá ser realizada, após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UNIP.

Limeira, 18 de Setembro de 2023.

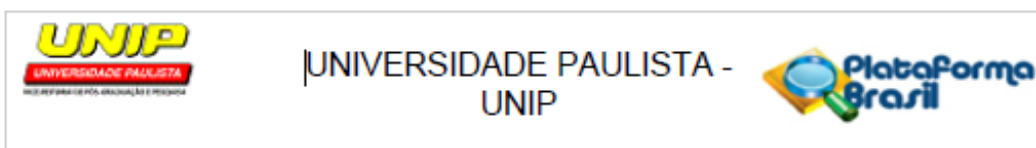
  
Assinatura do (a) pesquisador principal

Walter Guedes Filho  
Nome por extenso do (a) responsável da Instituição Coparticipante

  
Assinatura e carimbo do (a) responsável da Instituição Coparticipante

Prof. Eng. Walter Guedes Filho  
RG 16 355 960  
DIRETOR  
Campus Limeira

## APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CIRURGIA BARIÁTRICA: Atuação do Psicólogo

**Pesquisador:** OSVALDO ROCHA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 75225123.1.0000.5512

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.583.549

#### Apresentação do Projeto:

##### RESUMO

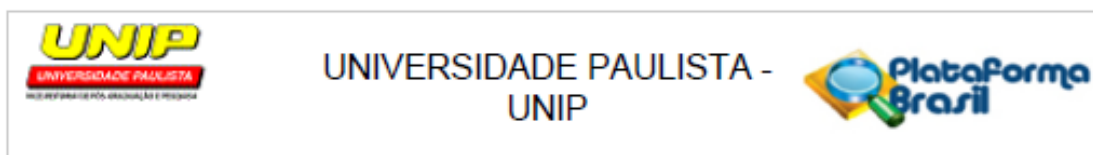
A obesidade é entendida como um fenômeno que envolve fatores genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos e a cirurgia bariátrica atua como forma de intervenção nos casos em que outros métodos não foram suficientes para chegar ao resultado esperado. Diante disso, a pesquisa busca analisar a atuação do psicólogo no processo de aprovação para a cirurgia bariátrica e quais são as suas contribuições no pré e no pós-operatório, partindo do pressuposto que esse processo de avaliação é pouco integrado entre os profissionais competentes e que a falta de acompanhamento psicológico traz prejuízos significativos para o paciente. Para isso será realizada uma pesquisa qualitativa a ser analisada a partir da Análise de Conteúdo Temática a fim de contribuir com a valorização da atuação do profissional de psicologia no que diz respeito aos pacientes bariátricos.

##### HIPÓTESES

O procedimento para aprovação da cirurgia bariátrica exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar, supomos que esse trabalho não é realizado de forma integrada, resultando em um atendimento mais individualizado.

Apesar do candidato a cirurgia necessitar de um acompanhamento psicológico, acreditamos que o mesmo ainda seja pautado em uma única avaliação com o objetivo específico de aprovação do procedimento cirúrgico. Isso pode estar relacionado ao fato da perda de peso não ser relacionada

**Endereço:** Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
**Bairro:** Vila Clementino **CEP:** 04.026-002  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.583.549

a fatores psicológicos, portanto o paciente após atingir o esperado acredita não precisar mais de acompanhamento, tal decisão pode vir acarretar diversas consequências, como o reganho de peso. Diante disso, os bariátricos tendem a não procurar o acompanhamento psicológico após o procedimento, podendo resultar em dificuldades para manter os resultados da cirurgia. Entre as dificuldades trazidas por aqueles que buscam o acompanhamento, supomos que a insegurança, baixa autoestima, adaptação ao novo estilo de vida e a busca por um resultado imediatista estejam entre as principais queixas.

Além da importância da conscientização por parte do paciente, a formação do psicólogo é de grande relevância para a avaliação e o acompanhamento, da qual ainda é superficial nessa área, necessitando de uma especialização a parte, mas que se faz necessária e pode trazer resultados positivos e mais assertivos durante o atendimento.

#### METÓDO

##### PARTICIPANTES E LOCAL

Para esta pesquisa participarão um total de seis psicólogos que atuam na clínica, com experiência em atendimentos de pacientes bariátricos, desde o momento da avaliação para aprovação da cirurgia até o acompanhamento do pós-operatório.

Para inclusão nesta pesquisa, o psicólogo necessita de no mínimo seis meses de experiência na área com atuação focada em pacientes bariátricos, desde o pré até o pós-operatório.

Os critérios de exclusão compreendem profissionais com atuação recente ou que não possuam experiência com indivíduos candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes que realizaram o procedimento.

Para a realização da pesquisa será utilizado um roteiro de entrevista semi estruturada.

O roteiro contará com questões que buscam compreender a atuação do psicólogo com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, quais os métodos e critérios utilizados para aprovação, como é realizado o acompanhamento terapêutico após a realização da cirurgia, quais as principais demandas e dificuldades que tendem a surgir nesse procedimento.

##### APARATOS DE PESQUISA

As entrevistas serão gravadas por meio de aparelhos eletrônicos e posteriormente transcritas em meio digital.

##### PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

- Seleção dos psicólogos através de pesquisas online conforme critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos;
- Convite aos participantes por meio eletrônico ou contato telefônico;

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
 Bairro: Vila Clementino CEP: 04.026-002  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5586-4086 E-mail: cep@unip.br



UNIVERSIDADE PAULISTA -  
UNIP



Continuação do Parecer: 6.583.549

- Apresentação e explicação breve sobre o objetivo da pesquisa e entrega do Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Realização das entrevistas com os psicólogos participantes;
- Transcrição das entrevistas a partir das respostas obtidas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL**

Analisar a atuação do psicólogo no processo para aprovação da cirurgia bariátrica e suas contribuições no pré e pós-operatório.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os procedimentos de avaliação dos candidatos para a cirurgia bariátrica.

Entender a atuação multidisciplinar durante o processo de aprovação da cirurgia bariátrica.

Analisar as demandas apresentadas pelo paciente no pré e pós-operatório.

Analisar as contribuições do acompanhamento psicológico para os pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

mínimo, pois o teor das questões versa sobre a atuação do profissional, mesmo assim, no caso de alguma questão relembrar algo específico que causou abalo em sua vida o participante poderá ou não responder as perguntas e se houver situação de desconforto a entrevista será interrompida.

**BENEFÍCIOS:**

Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo nacional e unicêntrico. Caráter acadêmico: Projeto de Pesquisa apresentado para a disciplina Projeto de Pesquisa em Psicologia do curso de Formação de Psicólogo. Patrocinador: financiamento próprio. País de Origem: Brasil. Países participantes: Brasil. Número de participantes: 06. Previsão de início: 01/04/2024 e encerramento do estudo: 13/12/2024.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente no. 6.545.393 emitido pelo CEP em 30/11/2023:

**Endereço:** Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

**Bairro:** Vila Clementino

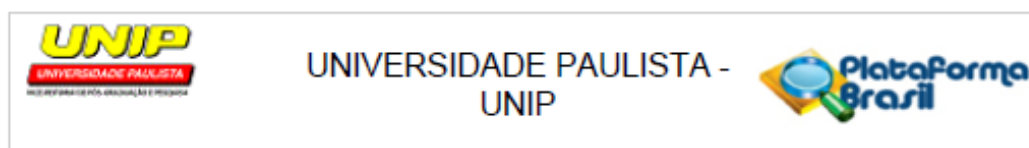
**CEP:** 04.026-002

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5586-4086

**E-mail:** cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.583.549

Prezado pesquisador, já que os riscos do estudo foram considerados mínimos, você deve indicar uma forma de assistência aos participantes que, por ventura, sentirem algum incômodo proveniente da participação do estudo.

Resposta:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo, pois o teor das questões versa sobre a atuação do profissional, mesmo assim, o participante poderá ou não responder as perguntas sem qualquer prejuízo e se houver situação de desconforto a entrevista será interrompida e indicado ao participante atendimento em uma das clínicas psicológicas da Universidade Paulista.

Análise: atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas pelo CEP, conforme Norma Operacional CNS nr 001/12, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235315.pdf	05/12/2023 16:27:48		Aceito
Outros	CARTAAJUSTECIRURGIABARIATRICA.docx	05/12/2023 16:27:29	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOOBESIDADE.docx	05/12/2023 16:26:38	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTAAPRESENTACAOOBESIDADE.pdf	25/10/2023 12:05:26	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOOBESIDADE.pdf	25/10/2023 12:05:11	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
 Bairro: Vila Clementino CEP: 04.026-002  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5586-4086 E-mail: cep@unip.br



UNIVERSIDADE PAULISTA -  
UNIP



Continuação do Parecer: 6.583.549

Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOOBESIDAD E.pdf	25/10/2023 12:04:49	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INTENCAOPESQUISAOBESIDADE.pdf	25/10/2023 12:04:25	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA OBESIDADE.docx	25/10/2023 12:04:13	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA OBESIDADE.docx	25/10/2023 12:04:01	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOOBESIDADE.pdf	25/10/2023 12:03:39	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2023

---

Assinado por:  
Bettina Gerken Brasil  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
Bairro: Vila Clementino  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)5586-4086

CEP: 04.026-002

E-mail: cep@unip.br

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
Campus Indianópolis  
Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino  
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090  
e-mail: [cep@unip.br](mailto:cep@unip.br)  
Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Cirurgia bariátrica: Atuação do Psicólogo no pré e pós-operatório, que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Enaiady Raquel Alves Perin; Geisiane Aline Moreira; Jaqueline de Castro Caetano; Júlia Fachinete e Tamiris Aparecida Castro de Favere que pertence(m) ao Curso de Psicologia da Universidade Paulista – Unip - Campus Limeira

O(s) objetivo(s) deste estudo consiste em analisar a atuação do psicólogo no processo para aprovação da cirurgia bariátrica e suas contribuições no pré e pós-operatório. Os resultados contribuirão para produção de conteúdo no âmbito da cirurgia bariátrica, compreensão do papel do psicólogo mediante o procedimento da cirurgia e levantamento dos aspectos psicológicos envolvidos nele.

Sua forma de participação consiste em conceder uma entrevista da qual será gravada mediante seu consentimento, a respeito da atuação do psicólogo no procedimento de avaliação para cirurgia bariátrica e suas contribuições no pré e pós-operatório, as demandas trazidas pelos pacientes e o trabalho multidisciplinar, com uma média de doze perguntas e duração de aproximadamente uma hora.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo, pois o teor das questões versa sobre a atuação do profissional, mesmo assim, no caso de alguma questão relembrar algo específico que causou abalo em sua vida o participante poderá ou não responder as perguntas e se houver situação de desconforto a entrevista será interrompida.

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com o aprimoramento do conhecimento na área acadêmica e no campo de trabalho da Psicologia, com vistas a uma prática cada vez mais voltada para o bem-estar dos indivíduos.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Osvaldo

Campus Indianópolis - Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino CEP: 04026-002

F. (11) 5586-4086 - E-mail: [cep@unip.br](mailto:cep@unip.br) Horário de funcionamento das 08:00 às 19:00





UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
 Campus Indianópolis  
 Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino  
 CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090  
 e-mail: [cep@unip.br](mailto:cep@unip.br)  
 Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

Rocha da Silva, pelo e-mail [osvaldo.silva@docente.unip.br](mailto:osvaldo.silva@docente.unip.br) com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail [cep@unip.br](mailto:cep@unip.br). Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Osvaldo Rocha da Silva. Rua Segisfredo Paulino de Almeida, 481 – Noiva da Colina – Piracicaba. Tel. (19) 34263253 – [osvaldo.silva@docente.unip.br](mailto:osvaldo.silva@docente.unip.br).

Eu \_\_\_\_\_ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Enaiady Raquel Alves Perin; Geisiane Aline Moreira; Jaqueline de Castro Caetano; Júlia Fachinete e Tamiris Aparecida Castro de Favere explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

\_\_\_\_\_  
 pesquisador principal Osvaldo Rocha da Silva

## APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Abordagem:** \_\_\_\_\_

**Formação Acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Especializações (Pós, cursos):** \_\_\_\_\_

**Área de atuação atual:** \_\_\_\_\_

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** \_\_\_\_\_

1. Quais fatores psicológicos você acredita estar associado a obesidade?
2. Quais as causas encontradas com maior frequência em casos de obesidade?
3. Como elas são trabalhadas?
4. Antes da procura à cirurgia bariátrica, os pacientes possuem um histórico de tratamento psicológico em busca de combater a obesidade?
5. Quais fatores podem estar ligados ao insucesso da perda de peso?
6. No pré-operatório da cirurgia bariátrica, é possível identificar o sofrimento psicológico característico da pessoa portadora da obesidade?
7. Como é realizado o procedimento de avaliação do candidato para a cirurgia bariátrica?
8. Quais os critérios de avaliação do psicólogo em relação a condição do paciente para enfrentar os efeitos da cirurgia?
9. Quais os instrumentos utilizados para avaliação do pré-operatório?
10. Quantas sessões são necessárias em média para essa avaliação e posterior emissão do laudo?
11. Durante o processo de avaliação do candidato, existe uma comunicação e decisões em conjunto entre os profissionais da equipe multidisciplinar?
12. De qual forma a equipe multidisciplinar pode trabalhar em conjunto para o bem-estar do paciente?
13. Qual a relevância dos laudos emitidos pela equipe multidisciplinar para subsidiar o laudo psicológico?

14. Em sua vivência clínica, quais as demandas apresentadas pelo paciente no pré-operatório relacionadas a obesidade?
15. Como essas demandas são trabalhadas/superadas?
16. De forma geral, os pacientes bariátricos tendem a continuar com o atendimento após a aprovação?
17. Quais os fatores acredita estarem associados ao paciente que não continua o tratamento?
18. Quais as demandas apresentadas pelo paciente no pós-operatório relacionadas aos efeitos da cirurgia?
19. Como o psicólogo contribui com as demandas trazidas no pós-operatório?
20. Quais as dificuldades encontradas durante o acompanhamento pós-cirúrgico?
21. Após a cirurgia, quais resistências o paciente tende a manifestar?
22. Como são identificadas e trabalhadas?
23. Quais as consequências que podem acarretar ao paciente que interrompe o acompanhamento psicológico?
24. Quais aspectos psicológicos você acredita estarem envolvidos nos casos em que o paciente tem um ganho de peso?
25. A que se atribui esses aspectos psicológicos?
26. Quais alternativas para alterar essa situação?
27. Você possui uma especialização técnica para atender pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica?
28. De qual forma você acredita que essa especialização possa contribuir positivamente e ser um diferencial para os atendimentos com pacientes bariátricos?

## ANEXOS

### ANEXO A - Transcrição da entrevista 1

#### IDENTIFICAÇÃO:

**Nome:** E.S.

**Idade:** 36 anos

**Abordagem:** Terapia Cognitivo-Comportamental

**Formação Acadêmica:** UNISAL (2012-2016)

**Especializações (Pós, cursos):** Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (IPOG). Especialista em Avaliação Neuropsicológica (UNISAL). Avaliação Psicológica Para Procedimentos Cirúrgicos - Bariátrica, Laqueadura, Vasectomia e Transexualização (IPOG). Avaliação Psicológica para Manuseio de Armas de Fogo (IPOG).

**Área de atuação atual:** Procedimentos cirúrgicos a 2 anos

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** 2017-2024

**Orador:** É, então vamos lá, como eu disse né, é muito pautado na sua atuação mesmo, com os pacientes de cirurgia bariátrica e a nossa primeira pergunta é, quais são os fatores psicológicos que você acredita estar associado à obesidade? Então, desses pacientes que te procuram para avaliação.

**P1:** Bom, a gente tem um nicho muito grande dos possíveis objetivos que uma pessoa vem procurar a avaliação para cirurgia bariátrica. Mas eu, se a gente fosse listar as que mais frequentes (*sic*), pelo menos que eu recebo, tem 2 fatores muito associados, que é a estética, né?! As pessoas, elas, nós vivemos num período do mundo aqui da sociedade (*sic*), que as pessoas buscam muito por um, por padrões, né?! É, e eu acho que o segundo tópico que está mais relacionado a essa demanda é ansiedade, né?! Parece que a ansiedade não contribui, mas contribui muito, porque as pessoas, elas buscam resultados, mas muitas das vezes tem pacientes que podem optar por fazer procedimentos que não precisam ser por cirurgia, mas essa ansiedade de querer os resultados logo, né?! De antemão, acaba atrapalhando esse processo e aí acho que depois começa a entrar tópicos que são em menos demandas, mas aparecem, né?! É mas eu acho que os campeões são esses dois.

**Orador:** É então a estética e a ansiedade, principalmente, né?! Quando chega um paciente.

**P1:** A estética, assim, quando eu te digo sobre estética, seria uma, não é algo tão raso, tá?! É uma questão assim, da pessoa não se identificar com aquele peso, não se identificar com aquele corpo né. É isso, abala autoestima, isso abala confiança da pessoa nas, principalmente nas relações interpessoais, né?!.

**Orador:** Sim, não é simplesmente ai eu preciso estar magra, né?! Tem outros fatores relacionados a isso.

**P1:** É exatamente e vem aumentando, principalmente no campo masculino, porque os homens hoje eles começaram a procurar mais, homem sempre foi um pouquinho mais, desculpa, mulher sempre foi mais estética do que a mulher por conta de uma questão social mesmo, né. A mulher, ela tem que ter um padrão de corpo etc., mas nos últimos anos você começa a perceber que os homens também estão começando a trilhar um caminho nesse sentido. A gente vê que as empresas de cosméticos, de cosméticos avançaram muito também na área masculina. E os homens hoje, eles também são mais preocupados, né?! Porque antigamente a gente via o pessoal um pouquinho, não é que não se preocupava tanto com a questão do peso né, agora é os homens (*sic*), eles estão mais atentos a isso.

**Orador:** Quando chega pra você, por exemplo, pacientes com ansiedade, que é como você falou né, é um dos mais frequentes. Como que é trabalhada com essa pessoa, porque simplesmente fazer a cirurgia e não tratar a ansiedade que né, está presente ali na, na compulsão alimentar, por exemplo, não vai funcionar. Então como que você faz esse trabalho pra que a pessoa primeiro trate a ansiedade dela pra depois ter uma, uma possibilidade né, da avaliação ali pra cirurgia bariátrica?.

**P1:** Olha é, deixa eu explicar uma coisa sobre a minha atuação, eu não faço terapia e não faço avaliação no mesmo paciente ao mesmo tempo, geralmente eu peço pro paciente fazer, se ele vier pra fazer avaliação comigo, eu não faço parte de terapia, tá?!. Mas se eu for um, for alguém que ele vai iniciar a terapia comigo, aí ele vai fazer avaliação com outra pessoa.

**P1:** Porque eu julgo ser melhor haver um trabalho multidisciplinar, até porque é pra não ter até uma questão assim do olhar enviesado em relação aos testes, tá?!. Mas eu vou responder essa pergunta conforme fosse uma pessoa que viesse fazer terapia comigo tá?!. Como eu sou da abordagem TCC, da terapia cognitivo comportamental, eu iria buscar quais são as crenças que essa pessoa busca em relação a esse objetivo na vida dela, né?. Então, o que ela acha é uma crença distorcida ou é uma crença limitante né?!. É uma crença de que se ela buscar essa cirurgia, ela vai resolver os problemas dela né?!. Na verdade, além da identificação dos sintomas, é trazer à tona essa questão da consciência da pessoa de que a redução do peso ou não, não interfere necessariamente na mudança da vida dela, não na parte emocional, pelo menos, apesar da pessoa ela ganhar uma autoconfiança a priori, secundamente, se ela não tiver trabalhado as questões da ansiedade, como por exemplo, os gatilhos da compulsão alimentar, ela vai voltar pra o peso de antigamente, né?!. Então é trazer pra elucidar essa questão pra pessoa do motivo que ela espera com o resultado da bariátrica, né?! (*sic*). Porque em muitos casos, como eu disse anteriormente, é uma questão que realmente envolve saúde, que não tem como, a pessoa precisa de uma ajuda, realmente a gente percebe isso, mas chega muito paciente aqui pra mim também, que nem tentou básico, que foi uma reeducação alimentar né, fazer uma dieta, um exercício físico, né. As pessoas elas querem pular processos, né?!.

**P1:** E aí é isso, é importante na terapia pra entender que todo o processo é importante né, até pra ela ganhar alto, mais confiança posteriormente, aí (*sic*).

**Orador:** Certo, era uma das perguntas que eu ia fazer também se os pacientes eles possuem um histórico de tratamento né, e você acabou respondendo já que muitas vezes não, eles não tentam fazer passos anteriores, já tentam ir direto é ali na bariátrica. Uma dúvida que eu fiquei sobre a atuação que você comentou, então você faz terapia e quando é pra fazer avaliação, outro profissional trata a terapia, então você atua junto com esse profissional, então conversam sobre o caso pra depois você poder fazer a avaliação? (*sic*).

**P1:** Exatamente, ou geralmente quando é uma pessoa que eu não tenho um contato, eu produzo um relatório e envio né. Porque geralmente, quando vem fazer avaliação comigo aqui, geralmente eles são encaminhados pelo médico né. E junto com o médico, ele vem com um relatório psicológico e geralmente aí também vem com um relatório de uma nutricionista ou nutrólogo, tá?!.

**Orador:** Entendi, é em relação à fatores que podem estar ligados ao insucesso da perda de peso. Quais fatores ali, principalmente psicológicos né, que você acredita que pode estar ligado a isso?.

**P1:** Hã, rã, é o primeiro de todos é a ansiedade né. Eu acho que a ansiedade ela ramifica pra vários outros tipos de tópicos, né?!. Mas é a pressão social, é as compulsões, é a busca por desejo imediato né, desculpa, prazer imediato, é a questão da pessoa querer pular processos, pular etapas né ou ir já direto porque é mais fácil na visão dela, entre bem, entre aspas, tá?!. Porque eu penso, muita das vezes, quem vem pra bariátrica, ela vê o resultado de outras pessoas e como ela tem uma crença de que aquele é o caminho mais fácil, ela acaba é ingressando pra esse caminho sem antes tentar as mais básicas vou colocar assim né.

**P1:** Mas eu acho que de modo geral, são as crenças disfuncionais que as pessoas elas geram no longo do desenvolvimento delas, né?! (*sic*). Porque, por exemplo, às vezes a pessoa ela pode ter tentado uma reeducação alimentar ou fazer um exercício físico, mas ela muitas vezes, ela tenta sozinha, né?!. A gente tem que entender que, por exemplo, um transtorno alimentar é um trans, não deixa de ser um transtorno.

**P1:** Um transtorno causa prejuízo na vida da pessoa, então assim, muitas das vezes, a pessoa que ela tem esse tipo de dificuldade na vida, ela tem uma dificuldade de entender que ela precisa de um trabalho multidisciplinar, né?!. Que aí não envolve só a parte da psicologia, tá?!

**P1:** A psicologia é importante, mas sozinha não vai caminhar pra fazer a mudança efetiva na vida desse paciente, não só a gente está falando em bariátrica, mas terapia como um todo.

**P1:** É assim, a pessoa não adianta só vir ao psicólogo, não adianta só tomar o remedinho. Ela precisa vir ao psicólogo, se for necessário, vai entrar com a medicação, fazer uma academia, se alimentar direito, ter uma boa noite de sono, né?!

**Orador:** Precisa ter uma harmonia né, entre vários processos.

**P1:** Isso, uma harmonia de tudo isso vai entregar uma qualidade de vida melhor pra o paciente e a mesma coisa na bariátrica (*sic*), ele tem que entender que é uma sucessão de fatores que vai entregar uma qualidade de vida melhor.

**Orador:** Sim, e muitas vezes ele vê só um recorte, né?!. Que é a pessoa lá na frente emagrecendo que é o objetivo final, mas todo o passo anterior acaba ficando perdida ali (*sic*). Como você faz as avaliações no pré-operatório, né?!. Que é na avaliação em si, você consegue identificar qual é o, o sofrimento ali ou o tópico que a pessoa precisa ser tratada (*sic*), pra depois fazer. Então, por exemplo, à eu consigo identificar que essa pessoa ela tem ansiedade, então por isso que tá ligado à obesidade. Essa pessoa ela tem é, essa pressão social e acaba caindo nela porque ela acredita que ela precisa ser, por exemplo, perfeita ali, por isso que ela (*sic*), ela chegou até a obesidade. Você consegue identificar esse, qual é o sofrimento característico?.

**P1:** É, vou dizer assim de modo geral, porque acho que isso daí é uma coisa muito individual. Tem gente que vai chegar aqui por uma questão da estética e tem gente que vai chegar por conta de saúde mesmo, mas eu acho que hoje pelo acesso tá mais facilitado, principalmente por conta dos convênios, o acesso é mais fácil aos pacientes pelos convênios. Tem uma porta de entrada, não que vai ser aprovado, mas pelo menos a porta de entrada, ela é aberta. É a grande maioria, eu diria que tá envolvido uma ansiedade com a baixa autoestima, né?!. Que tá ligada aí com o fator depressivo junto, né?!

**P1:** Na TCC, a gente vai chamar isso de crença central, por exemplo, a pessoa ela tá fazendo um regime, aí ela passa em frente a uma padaria, e ela pensa, o primeiro, o gatilho dela é a padaria. E o pensando automático, é a eu não, eu já tô gorda mesmo. Um exemplo, entre aspas, eu já tô gorda mesmo, então eu vou, só hoje não tem problema. A já tentei de tudo mesmo, né?!. E isso vai gerando uma série de comportamento disfuncional, né?!. Então por isso que a parte da psicologia é importante, porque se a pessoa perceber que esse é um gatilho pra ela e que ela precisa dar conta de travar esse pensamento automático, ele já consegue exercer uma mudança comportamental.

**Orador:** Sim correto, é em relação ao procedimento mesmo que você faz pra avaliação do candidato à cirurgia bariátrica, quais são os procedimentos que você utiliza, instrumentos, critérios e tudo mais?.

**P1:** Bom é, a gente começa com uma anamnese, né?!. Geralmente eu vou pegar um paciente clássico tá, que chega aqui pra mim com caminhamento médico, com tudo certinho, ele vai fazer a anamnese né, então é uma sessão toda só na anamnese, porque ele vai me contar toda a vida dele, né?!. Porque que ele quer fazer a bariátrica, os dados pessoais, o que ele espera dessa avaliação né, qual é o resultado que ele quer ter, em quanto tempo ele espera ter esse resultado alcançado né, uma anamnese é tranquila, depois eu faço em basicamente de 7 a 8 seções, eu faço tá?!. Então a primeira é anamnese, depois são 7 aplicações de testes, né?!. 7 seções pra aplicações de teste, vai depender do desempenho do paciente, tem pacientes que faz mais rápido, tem paciente que é um pouquinho mais devagar, aí se estende um pouquinho mais o processo, mas os testes que eu uso vão ser, a gente faz (*sic*), eu aplico escalas de humor, né?!. Então, BAI, BDI são os que eu mais aplico, que é a escala é de depressão, escala de ansiedade, ambas de Beck, que elas têm como objetivo fazer um rastreio emocional no paciente, porque assim, às vezes na terapia, o paciente não relata isso pro profissional. Mas nas escalas a gente consegue pegar isso, tá?!. Então não tem como ficar sem aplicar as escalas de humor. Aí depois a gente passa pra testes de inteligência né, testes não verbais ou, ou verbais juntos, é o que eu mais aplico aqui é as matrizes progressivas de Raven, tá?!. É um teste que ele tenta medir aí, QI né?!. Qual é o objetivo da gente aplicar um teste de QI

numa pessoa, exatamente pra ver se ela tem essa consciência da decisão que ela tá tomando, né?! Pra ver se ela tem um nível intelectual e maduro pra saber se ela está fazendo uma boa escolha, vou colocar bem entre aspas assim tá, mas é basicamente pra fazer um rastreio da habilidade cognitiva do paciente. Depois a gente vai entrar com testes projetivos e expressivos, né?!. Então expressivos aí, personalidade, uma BFP que é bateria fatorial da personalidade que é um teste amplamente usado aí pra detecção de fatores da personalidade que foi baseado no princípio dos 5 grandes fatores que são 5 grandes elementos. Não sei se vou lembrar de cor, tá?!. Mas é extroversão, neuroticismo, abertura a ideias, ixi ó, deu branco. Depois eu lembro, extroversão, neuroticismo, extroversão, aberturas a ideia, realização e socialização, são 5 grandes fatores. A maioria dos testes de personalidade são baseados nessa linha, tá?!.

**P1:** Hoje a gente tem instrumentos aí que já tá abrindo pra 6 tipos, mas eu acho que é algo assim que não tem tanta evidência, o mais clássico a gente fala nos 5 grandes fatores, que é pra identificar traços de personalidade mesmo, né?! Então, por que, que a gente aplica um teste de personalidade?!, pra saber se a pessoa não tem nenhum tipo de transtorno mental né. Porque se de repente a pessoa tá passando por um delírio, um exemplo né, um delírio causado aí por uma esquizofrenia, por exemplo, eu não posso só falar que a pessoa tem esquizofrenia, eu tenho que provar, né?!. Então o teste ele vai apontar muito pra essa direção e enfim, os outros critérios aí pra o diagnóstico do transtorno, mas não só né a questão do humor, mas a personalidade é importante porque tem muitos pacientes que às vezes podem ter algum tipo de transtorno, o que não é necessariamente um transtorno alimentar tá?!. Pode ser uma pessoa, por exemplo, que tem um transtorno obsessivo compulsivo, né?!. Ai quando vocês pensam, quando a gente pensa assim, há transtorno obsessivo compulsivo é a pessoa que ela quer só fazer uma determinada coisa de um mesmo jeito, não é só isso tá?!. É uma pessoa que ela tem uma tendência a uma rigidez, uma inflexibilidade cognitiva, principalmente, né?!. Então assim, pensando no caso aí da bariátrica, o paciente que ele só pensa em se a vida dele só vai ter solução só se ele fizer a bariátrica, então ele bate muito nessa tecla o tempo todo, tá?!. É uma rigidez, uma inflexibilidade cognitiva né. Falando em, tem outros testes que a gente pode complementar, mas eu vou falar os, os mais clássicos, tá?!.

**P1:** Pra projetivo, nós temos o Pfister, que é as pirâmides de Pfister, não sei se vocês já viram. Chegaram ver esse teste?!. É um teste muito bom pra projeção tá ele faz uma análise aí de aspectos da maturidade emocional, inteligência, personalidade, tá?!. Então, é um teste bem legal também e é um pouco mais acessível, financeiramente, então por isso que eu gosto dele, depois a gente tem Zulliger e tem o Rorschach, mas esses 2 outros testes projetivos eu uso em outros contextos que eu acho que pela demanda fica melhor. O Pfister eu acho que ele cabe bem essa demanda aí, numa bateria clássica ou o Wasi, o Wasi também eu acho que seria um instrumento que poderia contribuir para avaliação da inteligência também, que é uma escala de inteligência breve, vou colocar assim, tá?!. Geralmente esses testes e depois tem a devolutiva, tá. Na última a gente faz a devolutiva, se aprovado ou não na parte psicológica.

**Orador:** Certo, entrando agora nessa parte de aprovar ou não o paciente, então você faz todos esses testes e em relação aos resultados deles, quais critérios você leva em relação né, em consideração se o paciente tá realmente em condições para enfrentar esses efeitos da cirurgia, pra aprovação dele?.

**P1:** Bom, o primeiro critério é observar se não tem nenhum transtorno de personalidade envolvida e nenhum transtorno de humor grave, porque é difícil a gente pegar esse tipo de paciente que não tem algum tipo de transtorno de humor, tá?!. Então sempre vai ter um quadro de ansiedade ou depressão associado. O que a gente tem, e aí na avaliação a gente não trabalha isso, mas na pessoa que tá fazendo a terapia, tem que trabalhar bem esse aspecto pra pessoa conseguir entender as causas dessa ansiedade, depressão e que isso não sejam associados a uma extinção após o procedimento estético aí.

**Orador:** Certo, então principalmente transtornos de personalidade e de humor, né?!.

**P1:** Sim, personalidade, humor, vê a questão do QI pra ver se a pessoa está adequada, né?!. E se ela passar em todos os testes é tranquilo, agora eu nunca peguei um paciente sinceramente que foi reprovado.

**Orador:** Certo, então todos os que procuram pode ter sim né, que nem você falou, um quadro ali de ansiedade e de depressão, mas isso vai ser comunicado pro terapeuta né, da pessoa, pro psicólogo que faz a terapia e isso vai ser tratado a partir de lá né.

**P1:** Exatamente, como os casos vêm pra mim, já de uma terapia, então são pacientes que já tão. Isso daqui é uma regra minha tá, não é uma regra do, porque vocês já perceberam, por exemplo, eu não confundo os dois trabalhos, não é todo profissional que faz isso, eu adoto essa postura, porque eu acho melhor, eu acho que o meu olhar não fica enviesado, mas, por exemplo, pra bariátrica, eu peço no mínimo um ano de terapia. Como a pessoa já vem de um processo terapêutico, vamos dizer assim, mais firme, porque uma pessoa que tá fazendo terapia há um ano, ela tá ainda no processo, então é difícil chegar até mim pessoas que estão com problemas de humor, por exemplo grave, entende?! São pacientes que vão tá mais trabalhado, eu acho que é um modo que eu elaborei pra mim tá de é não ter tanta reprova, porque eu conheço colegas que reprovam, sabe, mas por quê?! Porque tem um critério menos inflexível, entendeu?! Mas eu acho que funciona melhor assim. Por exemplo, eu também faço avaliação pra processo de transexualização, eu peço 2 anos no mínimo né.

**Orador:** Porque a pessoa já trabalhou todas essas questões que precisam ser trabalhadas, né?!.

**P1:** Isso, já tá mais trabalhada, entendeu?!. Aí chega na hora de fazer só avaliação, fica mais tranquila tá, mas é comum chegar nos consultórios, se vocês forem pra área clínica, espero que sim aí, pra que vocês sejam minhas companheiras, vocês vão ver que chega muita gente querendo fazer coisa pra ontem, né?!. Eu já sou bem transparente com os meus pacientes, eu falo, teve uma vez que o meu paci (*sic*). Com a bariátrica nunca chegou nesse sentido assim, que eu explico e eles entendem muito bem, mas, por exemplo, no processo de transexualização é comum eles falarem assim pra mim, olha, eu quero um laudo pra mim fazer meu processo e eu explico né, olha, mas tem tanto tempo né, eu preciso fazer tanto tempo de terapia com você, aí quem vai avaliar, entendeu?! É que o procedimento da bariátrica, apesar de ser muito sério, ele é mais comum, vou colocar assim, entre aspas tá.

**Orador:** Não, muito bom. É esse processo de avaliação do candidato, então como você disse né, tem vários profissionais ali envolvidos, então normalmente já vem pra você com o encaminhamento de um médico, ou de outro profissional que tá ligado a essa equipe. Existe na sua atuação né, hoje, algum tipo de comunicação e decisões em conjunto entre esses profissionais, ou é feito de uma forma mais separada e por exemplo né, o paciente pega essas informações de cada um dos profissionais e leva até o médico, por exemplo?.

**P1:** Olha, vocês vão ver que isso eu tô falando, vocês vão encontrar na atuação, o ideal é que a gente faça uma reunião aí, nem que seja, faço muita reunião on-line né, porque às vezes, a nutricionista, o psicólogo, é longe de mim, eu tenho um paciente atrás do outro, eu acredito que eles também têm, então fica difícil, então a internet facilitou muito isso, mas tem coisa que às vezes um laudo, às vezes um relatório que a pessoa vai fazer, não descarto totalmente a pessoa, então eu sempre fico com dúvidas, né. Então as vezes assim, eu vou falar do campo da psicologia que é o que mais interessa pra gente, às vezes o paciente ele descreveu tudo, as dificuldades do paciente, mas ele não escreve no relatório quais foram os avanços né, ou só descreve os que foi os avanços, mas não descreve como o paciente chegou né ou quais são as projeções em relação ao tratamento, principalmente do pós operatório né, então assim, aí sempre acontece da gente ter que combinar de fazer uma reunião, eu sempre, eu acabo fazendo reunião entre os profissionais, porque sempre fica dúvidas em relação ao relatório”

**P1:** E aí, essa, é um papo mesmo de psicólogo, que é exatamente pra elucidar a questão do caso, pra entender quais são as dificuldades, quando o cliente chegou, o que ele observa né, quais são os avanços, quais foram as dificuldades né, qual a opinião do próprio psicólogo em relação a né, é uma conversa geral mesmo.

**Orador:** Certo, principalmente por essa questão de quem vem pela sua avaliação tá tendo tratamento com outro psicólogo. Em relação à por exemplo, né, o trabalho da nutricionista, do médico né, do cirurgião, existe alguma comunicação entre vocês ou não?.

**P1:** Olha, vou ser bem sincero, com um cirurgião nunca consegui, com um nutricionista já consegui, mas o cirurgião é, eles não têm tempo pra nós, eu sou bem franco assim. É bem difícil o que é ruim,



eles precisam de um laudo pra tirar meio que o deles da reta, entendeu?! Mas eles não estão dispostos a pagar o preço por, por isso.

**P1:** Então assim, por isso que eu falo que o nosso trabalho tem que ser bem estruturado pra que isso também não sobre pra gente em caso de alguma coisa errada, entendeu?! Por isso que o paciente tem que ser bem orientado, bem acompanhado, os profissionais que estão acompanhando ele tem que tá inteirado (*sic*) do caso, né?! O médico muitas vezes, não generalizando tá?! Eu, todos os médicos que eu peguei, eles só eram médicos que só estavam interessado (*sic*) em executar a cirurgia né, eles só tavam querendo o aval, eles não estavam interessados em contribuir ali pro caso.

**Orador:** É que seria uma coisa importante, mas a gente sabe que não é muito o que acontece. Quando você vai fazer o seu laudo né, como psicólogo, você pega informações né, os laudos mesmo de outros profissionais pra basear o seu, ou você faz exclusivamente nesse formato né das baterias que você faz e também ali a conversa com a psicóloga que faz a terapia do paciente.

**P1:** Olha, no curso que eu fiz, eu fiz vários cursos de extensão né, eles dão um modelo pra gente né, de como tem que ser o laudo e como tem que ser as entrevistas, mas isso é só um ponto de partida, porque eu acho que quando a gente tá aqui, no dia a dia, a gente vai vendo o que funciona, no que não funciona, o que faz sentido estar no laudo, o que não faz sentido, é claro que os tópicos estruturais tem que ter né, descrição da demanda, identificação, procedimentos, isso é de lei, mas o como você vai inserir essas informações depois é muito pessoal de cada um, sabe?! Eu vejo que eu comecei como meus professores me ensinaram, mas hoje a minha anamnese toda mudou, por exemplo, minha anamnese toda é de outra maneira, porque tem muitos dados ali que eu achava que num era legal. Por isso que a anamnese, eu acho que é algo muito pessoal, porque você vai vendo o que faz sentido e o que não faz, o que tá chegando aqui no seu consultório e o que não tá, porque, por exemplo, muito dos meus professores atendiam um pessoal que era um nível mais alto né, então tem lá. É, tem toda uma [...], média, média alta, né?! E muitas das vezes, esse pessoal não tem acesso a esse tipo de, a meu médico tá lá disponível pra falar com você né. A gente vai adaptando a anamnese conforme a nossa demanda e o laudo a mesma coisa, a gente tem um jeito próprio de escrever, um próprio jeito de organizar as ideias né, a gente tem a resolução do CRP também né, as resoluções que elas norteiam a gente né, com uma estrutura, mas deixa muito livre assim pra gente, isso é uma coisa que eu não acho muito bacana tá?! Eu acho que deveria ter uma coisa bem estruturada e rígida sabe, pra todo mundo fazer igual. Se fosse padronizada ia ficar bem mais fácil, só que aí você acaba pegando igual os relatórios que eu te falei, né?! O pessoal escreve cada um da sua maneira e aí você fica, nossa, faltou isso, faltou aquilo, se fosse uma coisa mais estruturada, teria todos os tópicos (*sic*).

**Orador:** Certo, é de forma geral, os pacientes bariátricos que já fizeram, né?! Já realizaram a cirurgia, eles tendem a continuar com um atendimento né, uma terapia após aprovação, ou eles cessam?.

**P1:** Olha os que passaram comigo, porque eu faço bariátrica vai fazer 2 anos, todos que passaram comigo no processo terapêutico continuaram tá, por quê?! Porque como eu fiz terapia por 1 ano no mínimo com essas pessoas, elas acabaram construindo um vínculo comigo, então às vezes o tópico principal no começo foi a bariátrica, mas depois acabou não sendo mais no sentido assim, que surgiram outras demandas da vida que podem ter associações com a questão da pessoa se sentir triste ou ansiosa, por conta dos gatilhos da estética ou do modo que ela acredita que o mundo deveria reagir ao modo dela ser, mas a pessoa foi construindo, então muitas das vezes esses pacientes eles continuaram, mas não é uma coisa unânime. Aconteceu sim casos de que pessoas que depois que fizeram bariátrica ficaram um tempinho e foram embora, mas isso é um número muito insignificante perto, pelo menos das experiências que eu tive em relação às pessoas que ficaram. Eu acho que a pessoa, quando ela, ela pode ter, já me deu essa sensação que muitas das pessoas que chegaram até mim, chegaram não gostando do processo terapêutico, mas depois que começou a fazer, pegou gosto, sabe?! E aí continuaram e tem gente que tá comigo até hoje, que não tem demanda mais da bariátrica, não tem mais demanda. E sobre esses casos que não vieram mais, aí eu desconheço assim, o que aconteceu com eles depois, mas dos casos que passou comigo também, ninguém teve assim, uma recaída de voltar a ter o peso de antes, sabe?! Aconteceu sim, de ter fases, né. A então, às vezes a pessoa engordou um pouquinho mais, que tem muito a ver com humor, mas não é algo que ela voltou a ter o peso de antes, né. A gente trabalha com ela, ela volta ali no caminho. Mas geralmente é aquilo que eu te disse, elas entram não querendo fazer e depois que faz pega gosto e quer continuar e é muito legal esse (*sic*), isso constrói.

**Orador:** Certo, é dessas demandas que você, por exemplo, dessa né que você comentou de que a pessoa pode pós bariátrica engordar um pouquinho e aí depois vocês trabalham um caminho pra fazer ela voltar. Essa é uma das principais demandas que aparece pós-cirurgia porque você comentou que nunca chegou a ter o ganho do peso mesmo, né?.

**P1:** Hã rã, não comigo, mas eu conheço colegas que já tiveram esse tipo de caso, a gente tem que pensar que às vezes não é só um, é eu falei sobre transtornos alimentares. Mas às vezes não é uma questão de transtorno alimentar, às vezes a pessoa tem uma questão da, esqueci a palavra, mas é como se fosse, a gene, é os hormônios delas são mais, isso eu não sei explicar por que é uma coisa médica, né. Mas é o sistema dela, já é uma, tem uma inclinação maior pra o ganho de peso (*sic*), né. É fator genético e aí acaba interferindo, né. Deixa eu só pegar aqui o nome do, é a questão que ela trabalha com endocrinologista, né?!. Então assim, às vezes é uma questão que a pessoa às vezes ela tá comprometida mesmo, só que às vezes ela faz uma coisinha, volta e a pessoa se sente muito assim, tendo que seguir regras, né. Mas eu acho que isso é um hábito de vida. É um hábito de vida que é igual o comportamento de comer, né. Essa pessoa tem o hábito de comer exageradamente, é um comportamento disfuncional que ela aprendeu diante a um evento estressor, quando ela começa a se comportar de outra maneira, isso vai ganhando mais força, então é normal que ela vá se comportando mais dessa nova maneira, naturalmente, mas às vezes tem esses empecilhos da questão hormonal, da questão de que geneticamente a pessoa tem uma inclinação maior, mas de modo geral, eu acho eles bem comprometidos.

**Orador:** Certo, e diante dessas demandas que são trazidas né, no pós-operatório, como você acha que o psicólogo consegue auxiliar o paciente nesse momento?. Então, por exemplo, né do ganho ali de um pouco de peso ou né da alteração de humor (*sic*), ou na mudança de hábito também.

**P1:** Sim, aí ela não vai estar isolado ao, só ganho de peso, né. A pessoa ela vai ter esse ganho de peso porque geralmente aconteceu alguma coisa na vida dela e aí é N fatores (*sic*), né. Mas vamos pegar assim um caso de uma mulher que sei lá, que namore né e aí ela briga com o namorado e volta a comer, um exemplo assim né, um exemplo do cotidiano aí que às vezes pode acontecer. Então é entender, é fazer a pessoa voltar um pouquinho as casinhas da terapia né, entender o porquê que ela foi fazer a bariátrica e por que, que ela fez essa (*sic*) processo, por que, que ela tá fazendo isso, né?!. É e vol (*sic*), é como se a gente tivesse que é voltar algumas casinhas pra dizer pra pessoa, ela entender o porquê que ela está fazendo esse processo, né. E aí eu acho que é um fluxo, volta naquela questão de entender as crenças centrais, os pensamentos automáticos, o porquê que a pessoa executa aquilo, enfim, eu acho que tá mais nessa, nesse campo.

**Orador:** Certo, é em relação às dificuldades que você encontra, principalmente durante o acompanhamento pós-operatório, é resistências do paciente ou outras dificuldades também que você encontra nesse processo (*sic*), porque a gente sabe que é uma cirurgia complexa, né. Que muda a certas, componentes até que são liberados ali, né?!. No estômago e tudo mais. Então tem toda uma questão emocional envolvida também à cirurgia, então eu queria saber um pouquinho é quais são essas principais dificuldades que você tem? (*sic*).

**P1:** Olha o que os pacientes alegam muito pra mim é que assim, eles acham que a bariátrica vai resolver a vida deles, mas quando eles fazem a cirurgia, eles percebem que há uma mudança muito extrema no corpo né, por conta aí da diminuição do estômago, então assim, eles comem um pouquinho e tá cheio, né?!. Então eles reclamam muito dessa dificuldade de se re acostumar com o próprio corpo. Porque muitos acham que vão voltar a ter a mesma vida de antes, mas na verdade a gente não volta a ter a mesma vida de antes, a gente tem que, a gente começa a abrir as portas pra um novo estilo de vida né, de alimentação, de comportamento, de educação em relação às atividades físicas né. E aí acontece das pessoas também querer voltar a ter comportamentos alimentares como antigamente, né. Como por exemplo, comer doce, comer *fast food*, né. Então, muita das vezes as pessoas associa a bariátrica com voltar a ter a vida de antes. O que é uma mentira, isso não ocorre, ela vai ter uma qualidade de vida melhor, é claro, mas vai se abrir uma jornada pra um novo estilo de vida, então é essa talvez a maior dificuldade que eu vejo aqui, que eles começam a falar assim pra mim, olha E.S., mas eu não imaginei que ia ser assim, porque fulano falava pra mim que foi mais tranquilo (*sic*), porque na verdade é uma, a experiência ela é singular, né. Não só é na cirurgia, mas se você for fazer uma terapia a sua experiência é singular também, né?!. Então, mas eles reclamam muito desse, é como se fosse um re acostumar com a nova dinâmica do corpo né, porque assim tem aquela questão, você sente fome né, mas quando você vai comer, parece que você come, você está

cheio, mas você tem aquela vontade ainda de comer né, então mexe muito com a questão psicológica mesmo, então é depois que faz a cirurgia, o ideal é que a pessoa fique, o ideal, né?! Não que fique (*sic*).

**P1:** Mas o ideal é pelo menos uns 6 meses após a cirurgia, pra pessoa se readaptar, se acostumar, entender o novo estilo de vida, né. Mas infelizmente, isso às vezes não ocorre, às vezes a pessoa faz a cirurgia e nem volta pra terapia.

**Orador:** Sim, e dessas pessoas né, que interrompem o acompanhamento psicológico pós a bariátrica. Quais são as consequências que você acredita que pode ter pra esse paciente que interrompe o processo?.

**P1:** A gente espera que ela não tenha prejuízo nenhum, né. Mas caso ela vier a ter, eu acho que ela vai acabar ganhando o peso, né. Ela volta a ganhar o peso, só que daí um problema vezes dois, né. Porque ela volta a ganhar peso, é autoestima abaixa incrivelmente, volta a ter muita ansiedade, volta a encarar a depressão, eu acho que aí tudo volta vezes dois, né. Por isso que é um processo que a pessoa tem que tá assim, muito certa do que ela vai fazer e muito bem acompanhada, porque senão ela volta desgastada se ela for fazer, né. Eu nunca peguei caso também de pessoa que fez um processo e depois voltou pra fazer novamente. Mas eu conheço pessoas que inclusive fez curso comigo, que já falaram desses casos pra mim, mas deve ser algo incrivelmente difícil, né. Porque se você já pega uma pessoa fragilizada na primeira vez, a segunda ela vai estar com um monte de, ter marcas, né. Um monte de marcas aí.

**Orador:** É, e até de forma do corpo dela mesmo né, fisicamente, eu não sei como funcionaria, por exemplo, porque tem vários tipos de bariátrica, mas pra ali fazer novamente, por exemplo, o grampo no estômago, né?! É, eu acho que teria uma avaliação bem mais cuidadosa pra um caso de recorrência, por exemplo.

**Orador:** Certo, é pra esses pacientes que tiveram o reganho, então fizeram a bariátrica, mas tiveram reganho de peso devido ao não acompanhamento psicológico ou outros aspectos. Quais as alternativas que você acha que existe pra alterar essa situação do reganho de peso?. Porque já foi feita né, já foi uma tentativa fazer a bariátrica. Mas acabou que a pessoa retornou ao peso antigo, então sinal que precisa ser trabalhado alguma outra coisa, né?. Antes disso.

**P1:** Boa pergunta, nunca me passou sobre isso, mas você me fez pensar sobre isso agora. Eu acho que não tem muito segredo, você vai ter que voltar as etapas da terapia convencional, né. Você vai ter que retomar, é um trabalho muito, é cansativo pro psicólogo, vou colocar assim porque você tem que trabalhar todos os pontos novamente. É como se você fosse psicoeducar o paciente todo novamente. Não sei se vocês conhecem o tratamento de dependência química?!. Tratamento de dependência química, tem muito disso, você vai, começa, o paciente tá bom, ele recai, você volta e faz tudo de novo, então é um pouco cansativo, então imagino, não que os processos sejam iguais, mas eu acho que esse processo de ter que voltar e replicar, replicar tudo o que você já fez é um pouco cansativo pro profissional, mas acredito também que seja muito paci (*sic*), muito cansativo pro paciente né, porque ele vai ter que re entender tudo, né?! Porque pra re entender, porque não ficou claro.

**Orador:** É, eu vi também que você tem especialização em relação a cirurgia bariátrica, de qual forma você acredita que essa especialização que você fez contribui positivamente, é um diferencial pra atender os pacientes bariátricos, tanto na avaliação quanto nesse um ano, por exemplo, de terapia que você faz com pacientes que têm a pretensão de fazer a cirurgia.

**P1:** É muito importante, porque eu acho que eu fui, eu era um profissional antes e fui um profissional depois, que a gente aprende muito, né. É, eu tenho 2 anos, o profissional que me deu aula tinha 20 nessa área, né. Então assim, é uma pessoa muito mais engajada, entende mais, trouxe os materiais de uma forma muito mais mastigada né, eu acho que o conhecimento é muito importante, porque o psicólogo ele aprende muito com a experiência dos outros psicólogos e quando a gente vai pra o curso, pra especialização e a gente vê as práticas clínicas não só com os exemplos, mas a gente também tem que fazer estudo de caso, tem que buscar na literatura e tal, isso amplia muito nossa rede de conhecimento. Então, quando chega na hora de atender um paciente, a gente se sente mais confiante né. De modo geral, pra mim é mais tranquilo fazer avaliação, porque eu já trabalho com avaliação, né. Então pra mim já era um pouco mais tranquilo, mas uma pessoa que nunca mexeu

com avaliação, eu acho que é de extrema importância pra você entender um pouquinho mais sobre onde você tá pisando. Porque o paciente, ele espera muito da gente como psicólogo, né. E pra ele, é como se fosse um troféu, ele ganhou ali o troféu, a estrelinha de que ele tá apto psicologicamente, isso faz uma diferença muito grande pra autoestima, pra a questão da pessoa se sentir confiante, né. Eu acho que a gente exerce um papel de fundamental importância ali na, na vida do paciente.

**Orador:** Pra que a gente consiga contribuir melhor com o paciente. Uma questão que eu também é fiquei de tudo isso que você falou, é se na avaliação, durante o processo, você explica de certa forma pra o paciente, então você faz a anamnese e os testes e depois uma devolutiva, é tem algum processo (*sic*). Ou em alguma das seções que você explica pra o paciente, aspectos psicológicos, por exemplo, que podem estar envolvidos a essa cirurgia ou o que ele pode, que vai esperar ele num pós-cirurgia né, porque que nem essa questão que a gente falou da mudança do corpo, da mudança de hábitos, tem algum trabalho nesse sentido, quando você tá fazendo avaliação?.

**P1:** Geralmente eu faço isso, mas eu faço na terapia. Na terapia eu faço mais isso, porque daí a gente traz isso até como fonte de bate-papo ali mesmo pra gente elucidar questões, ele entender melhor, né. Porque, infelizmente a avaliação a gente espe (*sic*), poderia ser feito isso na avaliação, mas sabe qual o problema?! É custo, entendeu?!. Isso iria encarecer mais o processo, que já não é um processo tão barato, o pessoal entendeu, então eu prefiro fazer isso na terapia do que colocar isso na avaliação, e aí deixar o valor maior e assim a gente tem competitividade né, entre profissional e valores. E acaba não rolando mesmo, mas o mundo ideal seria esse, fazer sim uma psicoeducação após a anamnese né. Acho que deveria ter anamnese depois uma psicoeducação e aí entrar com os testes, né.

**P1:** Mas eu acho que não só em relação à terapia, a terapia hoje tá mais avançada, mas os testes também têm que, a gente tem testes muito bom, mas os testes eles também tem que avançar muito ainda, espero que avancem mais ainda.

**P1:** Eu esqueci de falar, olha uma coisa importantíssima que eu esqueci de falar pra vocês, antes da entrega do laudo, na hora, geralmente quando eu tô fazendo o laudo na penúltima sessão, eu peço pra trazer um familiar, faço uma entrevista com um familiar, pode ser o companheiro ou pode ser um familiar mais próximo que daí nessa entrevista com familiar, eu elucido melhor essas questões pra ver se, o que, que ela acha desse processo, né? E no modo geral assim, como a pessoa vê esse processo dela, porque eu acho que é importante também e faz parte aí, então eu faço, eu faço a anamnese, aplicação de testes, entrevista com um familiar ou com o companheiro e a entrega do laudo.

**Orador:** Muito legal!, eu acho que é importante até pra pegar pontos que talvez não ficaram tão claros ali, com a própria pessoa, né?! Muito bom!.

**P1:** Sim, mas viu, não é todos os laudos que sai perfeito (*sic*), viu?! Tem, já teve indícios, que eu falei, olha, eu vou liberar seu laudo, mas eu vou enfatizar lá no laudo que no final você precisa trabalhar aspectos da personalidade né, com acompanhamento psiquiátrico ou psicológico né, a gente vê nuances né. Assim a gente vê aspectos importantes que não vão causar impactos, mas a gente vê que são processos a ser trabalhados, isso é importante informar o paciente, como eu disse pra vocês, eu nunca peguei um caso também que eu reprovei, né. Eu peguei só em avaliação de arma, porte de arma, que eu também faço de porte de arma. Já reprovei, mas eu acho que talvez eles reagiriam bem, não sei, não saberia responder isso, agora de porte de arma, fica muito bravo.

**Orador:** Já chegou algum paciente, por exemplo, ir direto com você fala assim, olha, eu queria fazer cirurgia bariátrica, eu preciso de um laudo, e aí depois ele vai procurar outros, os outros passos?.

**P1:** De bariátrica não, porque a bariátrica a maioria vem pelo convênio, então o convênio ele já meio que induz o cliente o que ele tem que fazer, inclusive a gente no conve (*sic*), eu atendo Unimed, a Unimed tem um espaço, eu não lembro, é um espa (*sic*), é um nome de um espaço lá que tem só profissional pra atender essa demanda. Quando eles não conseguem agenda, pelo convênio eu tô falando tá?!, quando eles não conseguem agenda, eles manda pra mim, ou quando a pessoa não pode fazer o tratamento lá por conta de agenda da própria paciente, eles manda pra mim, mas eu não sou funcionário desse espaço, eles devem mandar pra mais profissionais também. É como eu sou conveniado ao convênio, eles sabem que eu faço avaliação, eles acaba mandando (*sic*), mas o

que chegou pra mim, o que mais chega pra mim sem encaminhamento nenhum é de arma e de processo de transexualização, são os dois que mais chega assim, sem nenhum encaminhamento.

**Orador:** Eu tenho uma dúvida, é sobre algo falado no início né, que tinha comentado que alguns pacientes chegam pra fazer avaliação com a bari (*sic*), pra fazer a bariátrica, sem ter tentado algumas outras alternativas antes da cirurgia. Nesses casos, você chega a orientar que é esse, dessa forma não seria o ideal que, na verdade, eles deveriam tentar outras coisas ou você não orienta e segue com a avaliação por eles já estarem lá com você?.

**P1:** Oriento, se for da Unimed, porque eu tenho dois tipos de pacientes, eu tenho um paciente particular e tenho pacientes Unimed. Se vier pelo convênio, eu já dou o caminho das pedras, né?! Ó você tem que ir naquele espaço, que eu não me recordo o nome, espaço viver bem. Tem que no ir espaço viver bem, lá você vai ter acompanhamento, tara ta tara ta tara ta (*sic*). Se for no particular, é que assim é, vocês vão ver quando vocês entrar na área da psicologia efetivamente, vocês vão ver que a gente tem uma rede de contatos, né?! Então, geralmente a porta de entrada, é muito assim, o fulano faz a terapia com cigano, que é amigo meu e eles sabem que eu faço, então basicamente eles chegam bem orientados assim pra mim, sabe, eles não chega assim, ai eu não sei o que eu tenho que fazer, geralmente eles já vem de um processo, por isso que eu gosto até mais de fazer já a avaliação viu meninas?!. Eu acho que é bem mais fácil do que a terapia.

**P1:** Outra também porta de acesso, me dá muita, que eu esqueci de falar pra vocês é a indicação, muitos pacientes que fazem avaliação comigo por um, eu faço muita, hoje o meu carro chefe é avaliação neuropsicológica que eu faço, então muito paciente da avaliação neuropsicológica indica um o outro e aí eles lembram, se meu filho fez a avaliação com o E.S. pra isso, será que ele faz pra isso né, por exemplo, bariátrica. Eles entram em contato comigo né, então, inclusive lá no meu contato já tá lá também que eu faço, então, assim, essa rede vai se construindo e depois você vai ver, você nem sabe da onde você começou e onde você tá, você só sabe que o pessoal tá chegando.

## ANEXO B - Transcrição da entrevista 2

IDENTIFICAÇÃO:

**Nome:** D.P.

**Idade:** 40 anos.

**Abordagem:** TCC.

**Formação Acadêmica:** Psicologia.

**Especializações (Pós, cursos):** Transtornos alimentares, obesidade e cirurgia bariátrica. Terapia Cognitiva Comportamental.

**Área de atuação atual:** Atendimento particular (presencial ou on-line). Prestadora de serviço no Convênio Samaritano/Medicina Preventiva Programa GAOS.

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** 12 anos

**Orador:** Olá, boa tarde.

**P2:** Olá, tudo bem? Boa tarde.

**Orador:** Tudo bem também. Então vamos começar nossa entrevista.

**P2:** É, deixa eu entender, vocês querem que a gente vai fazer esse roteiro ou vocês querem fazer perguntas, vocês querem saber sobre mim e sobre o meu trabalho? Como que é, me explica um pouquinho?

**Orador:** É, a gente tem um roteiro de entrevista. Então, nós preferimos ir seguindo roteiro, e aí conforme for surgindo outras perguntas, a gente pode colocar uma complementar e tal, mas aí essas perguntas do roteiro, a gente vai estar fazendo para seguir todos esses pontos que a gente vai precisar estar abordando. Então, aí talvez alguma outra resposta já seja respondida de alguma questão lá em frente, mas aí a gente vai se alinhando aqui, com o questionário, tá bom?

**P2:** A Tamiris comentou que vai ser gravada, é isso mesmo?

**Orador:** Isso. A reunião vai ser gravada, a gente não vai utilizar as imagens para nada, é mais pra gente ter o registro, não é do processo. E depois a gente vai fazer a transcrição. É a gravação será só para poder anexar nosso trabalho.

**P2:** Tá, então vamos lá, vocês querem que eu me apresente que eu falo um pouquinho para vocês, ter um pouco de noção?

**Orador:** Sim, por favor. Podemos começar.

**P2:** Bom, meu nome é D.P., eu tenho já 40 anos. Eu me formei aqui na FAM, na Faculdade de Americana. Fui a segunda turma da FAM, a primeira nem tinha sido reconhecida pelo MEC ainda. Nós da segunda turma que fomos reconhecidas. Fiz estágio dentro da delegacia de Americana. Sempre gostei. Trabalhei na área da saúde, com mulheres portadoras de câncer e eu nunca fui muito pra área organizacional. Não me interessava muito, gostava muito da clínica, né? Quando eu me formei, é, a gente, sabe ainda. Até falei isso para Tamiris, que a dificuldade de achar um trabalho, é muito difícil, porque ninguém quer dar oportunidade pra gente, né? Então eu fui trabalhar de graça com meu CRP dentro de uma ONG. Eu fiquei sabendo de uma convenção da UNIAPC (Unidade de Apoio aos Portadores de Câncer) aqui de Americana. E aí, numa convenção, eu descobri que eles estavam precisando de uma psicóloga, mas eles não tinham condições ainda de contratar e aí eu fui trabalhar de graça. Trabalhei novembro, dezembro, janeiro, fevereiro e março. Eu ia todos os dias, de segunda a sexta, e aí eu fui contratada porque eu precisava ter no meu currículo experiência como

psicóloga e não como estagiária. Então, eu abri essa possibilidade, como eles não tinham condições, eles estavam precisando de eu assinar, certo é? Não. Mas eu precisava criar uma experiência e começar nessa área. Trabalhava normalmente como psicóloga, tinha horário para entrar, horário para sair. Foi aí que começou a Daisy na área (sic). Eu trabalhava com portadores de câncer, então tanto no inicial como no estágio final. Tinham momentos, que por ser uma ONG, que a gente precisava até acompanhar a família em velório e toda essa situação. Saindo da UNIAP, eu queria um pouquinho mais, queria sair da ONG, fui trabalhar no São Lucas, no Hospital São Lucas, que tem a medicina preventiva, que foi o meu segundo trabalho e lá permaneci por mais um tempo. A UNIAP foi por 5 anos e o São Lucas por 9 anos. Eu me desvinculei agora em janeiro. O São Lucas da medicina preventiva de lá, eles trabalham com obesos, então eles têm um programa de bariátricos lá, então a gente tem todo um protocolo a seguir. Eu acho que até interessante falar para vocês em questão, para vocês entenderem de convênio, por exemplo, o convênio no São Lucas hoje, que a Notre Dame Intermédica, eles têm um protocolo de 2 anos de até 2 anos, mas geralmente a gente fica com o paciente durante 2 anos pré-operatório e 2 anos pós-operatório. Então a gente fica com o paciente durante 4 anos. Eu falo que é uma vida, então a gente conhece muito bem o paciente. Saí do São Lucas. Lá também, a gente abordava outras coisas, mas eu queria trabalhar por conta própria, porque eu já fazia, já tinha especializado em bariátrica, já fazia alguns atendimentos particulares, avaliações e junto com o médico, que também atua em hospitais, ele falou, olha, vamos lá, eu faço a cirurgia.

A gente tem uma equipe, uma nutricionista e você é uma psicóloga. Aí eu queria trabalhar, não queria mais lá. Eu era CLT, queria trabalhar por conta própria. Eu fui prestar serviço agora no Samaritano, logo que eu saí em janeiro. Agora já entrei no Samaritano, também na medicina preventiva, então eu fico em Americana e Sumaré e futuramente eles estão querendo abrir para Campinas. Tem bastante psicólogos lá. Em Americana, a gente está comigo e mais uma ou 2, então é bem mais tranquilo, mas a demanda é muito grande. É esse mundo da obesidade, da bariátrica a gente não conhece muito, mas está aumentando bastante as cirurgias, as demandas dos pacientes né?

**Orador:** Ah sim.

**P2:** E aí, agora estou prestando serviço, então eu faço atendimento prestando serviço lá e faça os particulares online, individual tem pessoas que foram embora do país, mas que querem operar aqui dentro do Brasil, porque eles têm convênio, estão mantendo o convênio dentro do Brasil por conta de, por mais que a gente acha que é ruim aqui, mas o convênio é melhor do que lá fora. Eu tenho paciente da Nova Zelândia, que veio da Nova Zelândia para cá, a gente fez toda avaliação online. Ele fez a cirurgia, fez a recuperação e a gente faz o atendimento pós online. Eu tenho dos Estados Unidos também uma paciente que ela também veio para cá, operou e foi embora. E a gente cuida dela lá nos Estados Unidos... então é uma demanda muito grande, está vindo gente de outros países, que conhecem, que já eram aqui do Brasil, vindo pra cá então é uma oportunidade bem extensa a cirurgia bariátrica.

**Orador:** Interessante. É você já tem bastante experiência mesmo nessa área né?

**P2:**

É..

**Orador:** Então começando a nossa primeira pergunta: “Quais fatores psicológicos você acredita estar associado a obesidade?”

**P2:** Olha, vocês vão aprender como psicólogo que a primeira coisa que o pessoal chega, eu acho que está na boca de todo mundo, é a “ansiedade”. A pessoa diz: “Aí, sou muito ansioso”. E a depressão também está bastante, presente. Então eu falo assim, o estresse é, vocês vão ver aqui pessoas frustradas com trabalho, com a profissão... então isso também é sinal da questão da obesidade. E tem uma coisa bem interessante também, a rejeição, principalmente de pai, entendeu? É muito ampla isso de pessoas hoje obesas que tiveram e é rejeição de pai.

**Orador:** D.P. e “Quais as causas encontradas com maior frequência em casos de obesidade?”. Acontece também com muita frequência histórico de casos de abuso sexual muito, muito, muito, muito. Mulheres por tios, primos, famílias. A questão de separação dos pais, que começou lá na adolescência. A compensação dos avós, que, para não ter essa questão do abandono, não é que que a gente fala.

A maioria chega com isso: "Ai quando eu era criança, meus pais me abandonaram", porque abandono que eu falo assim tinha que trabalhar muito e muitos abandonavam mesmo pra entregar pra vó e a vó e o vô não sabia e acabava compensando na alimentação, de querer o bem-estar. Então eu falo assim que é um dos fatores e, principalmente, falta de rotina. Hoje, o mundo que a gente está vivendo, então assim, eles. Eles chegam com uma enxurrada, mas se eu falar que a primeira coisa que eles falam é ansiedade, a sou muito ansioso, é muito.

**Orador:** Entendi. E aí, "Como são trabalhadas essas questões?"

**P2:** Olha, por exemplo, posso falar como que funciona o nosso protocolo? Eu acho que é mais fácil para vocês, né?

**Orador:** Pode sim, sim.

**P2:** No Brasil, a gente tem um protocolo de atendimento. É, eu acho que era isso que eu ia abrir para vocês. No Notre Dame e no São Lucas, é de até 2 anos. No Samaritano é no mínimo 6 meses, então tem essa diferença de convênio. E, no particular, é no mínimo 4 sessões. Então a gente tem essa diferença de convênios e do particular. Então, nos 2 tem um protocolo de atendimento. São de tempo, mas no primeiro momento a gente não tem como deixar de ouvir a história do paciente. Se for uma, por exemplo, uma demanda aí, abuso, separação, por que lá o que que acontece? A gente não faz terapia, porque a gente não vê o paciente semanal, a gente vê o paciente uma vez por mês ou conforme a necessidade, mas sempre é muito vinculado a obesidade. A gente não tem esse tempo até que eles procuram, é psicólogos, mais comportamentais, né? Porque quando eu me formei, eu adorava a psicanálise, mas por conta dessa questão de ser algo mais rápido e mais prático, se nós, profissionais, a gente vê que o paciente, essa questão do abuso, da rejeição, da separação é muito presente, muitas vezes a gente encaminha para uma terapia mesmo. Então a gente solicita o paciente a fazer uma terapia, porque lá a gente diz que a gente faz acompanhamento, então a gente resgata tudo o que o paciente precisa nessa história de vida. Vê as necessidades deles. O que que a gente trabalha mais? A obesidade. Então a gente trabalha com diário alimentar. A gente trabalha com o registro dos pensamentos. A gente trabalha a questão do pesar, para ele se identificar, porque muitos esses sabotam, pensamentos sabotadores. E aí vai, então não lá não tem como a gente trabalhar igual um consultório que a gente vai montando e organizando cada atendimento, porque como é uma vez por semana, estão 30 minutos de atendimento, então a gente acaba não tendo o controle. Não é uma média que a gente atende, por exemplo, no São Lucas a gente tem uma média de 200 a 250 pacientes por mês cada profissional, isso vinculado só para obesidade, entendeu?

**Orador:** Sim.

**P2:** Então, a gente trabalha técnicas, que dê para facilitar na questão da obesidade igual o diário alimentar que ele faz durante o mês. O registro de pensamento e a gente consegue trazer eles mais para é para ajudar também a questão da nutricionista, para facilitar o trabalho dela também junto com a gente.

**Orador:** Interessante é um protocolo, essa questão de um trabalho multidisciplinar?

**P2:** Muito. E eu gosto de falar de diferença dos planos, porque assim dentro do São Lucas é, eu nem sei se eu posso ficar falando muitos nomes, mas aí vocês colocam operadora particular, o São Lucas. Ele, a gente trabalha diretamente com as nutricionistas, então assim, ó, tem a sala da psicóloga, da



nutri e o do médico que ele vem uma ou 2 vezes por mês ou por semana, por exemplo, acabou de sair comigo da psicologia, já entra na sala da nutrição. É muito vinculado os atendimentos, então, antes de entrar a gente já troca essa informação: “Olha, o paciente está com dificuldade. Paciente está com o pensamento se sabotando, então a gente consegue. No samaritano, já não. Por exemplo, eu trabalho em dias alternados, então a gente mantém um grupo, tanto de todos os psicólogos e um grupo separado da equipe multi, onde que cada um dá o seu parecer e a gente vai conversando. E na parte do particular, é muito raro. a gente ter um contato direto, mas geralmente como os particulares meus, já vem vinculado de um médico que a gente conhece, eu já conheço a nutricionista, mas quando já tem sua própria nutricionista, a gente só entende o que está sendo trabalhado, mas a gente não tem esse contato direto com eles.

**Orador:** Entendi. **Existe uma diferença nesse atendimento, se vai para a área particular?**

**P2:** Isso. E geralmente o particular é muito mais rápido, né? O médico, todos eles necessitam de laudo, né? Então, o médico, como é no mínimo 4 atendimentos, né? Então, no máximo em 1 mês, você está trabalhando com o paciente. Só se o paciente estiver uma questão, por exemplo, tentativa de suicídio recentemente, que é uma das coisas que dentro da ANS, eles até advertem o paciente: “ah ele não pode, o paciente tentou suicídio ano passado, então ele é vetado. Aí ele faz tratamento psicológico, mas a ansiedade depressão não anula ele.” Mas aí a gente precisa de laudo psiquiátrico para saber se ele está apto ou não.

**Orador:** Ai entendi. E como você estava falando no início, que quando o paciente ele chega para avaliação, existem alguns diagnósticos, né? Algumas suspeitas que já são levantadas ali nessa parte de fatores psicológico. Na sua experiência profissional, antes de procurar cirurgia, esses pacientes, eles costumam ter um histórico de tratamento psicológico em busca de combater a obesidade, além dos tratamentos convencionais?

**P2:** Dentro dos planos de saúde, quando o paciente ele quer adiantar a cirurgia, ele tem que ele tem que comprovar tratamento falho. Então assim, não deu certo de insucesso. Então, o que que acontece é que a gente busca saber se ele passou, com quais são os profissionais, e ele tem que trazer para gente. É muito raro gente, histórico com psicólogo. A psicologia ainda é um tabu para as pessoas. Não sei se é porque, a questão de valores, né? Que paga semanal, e as pessoas ainda têm esse preconceito, mas geralmente o que a gente mais ouve, “aí passei com endócrino e ele me passou medicamento” ou “eu passei com a nutricionista”. As pessoas que vêm da psicologia, aí sim, são por conta da ansiedade, da depressão, mas nunca vinculada a obesidade. A obesidade vem ali no fator final, que eles já querem a cirurgia mesmo, mas infelizmente a gente é bem pouco. Então posso dizer assim, de 80 de 100% que chega até o programa com a questão da obesidade é 80% passa com endócrino há mais de 2 anos, fez tratamento com medicamento e 20% passam com terapia para tratar ansiedade, depressão e todas essas demandas, nada vinculado à obesidade mesmo.

**Orador:** Certo. E quais fatores que você considera que podem estar ligados a esse insucesso da perda de peso?

**P2:** Está principalmente a falta de rotina. Esta é uma das coisas que a gente mais tem nos pacientes. Falta de apoio da família. A família crítica que a pessoa está acima do peso, mas existe uma rotina totalmente desregrada. E a compulsão alimentar, a compulsão alimentar eu falo assim, que é algo que vem muito presente dentro deles, né?

**Orador:** Ah sim. E no pré-operatório da cirurgia bariátrica, é possível identificar o sofrimento psicológico característico da pessoa portadora da obesidade?

**P2:** Muito. Em mulheres, mexe muito com a autoestima, relacionamento social, isolamento social. Os homens procuram muito em questão de saúde. A mulher é mais por estética, né? E o homem, ele vem no auge mesmo quando, por exemplo, começou a afetar o joelho, começou a afetar o fígado, é uma diabetes, aí a diabetes começa a mexer, mexer com a relação sexual. Então assim você vê o sofrimento desses pacientes, eles se cobram demais por estar acima do peso. Se cobram mais ainda por não conseguir manter uma alimentação adequada, uma rotina, de ter a compulsão muito presente neles, né? Então assim, é nítido, todos a maioria, principalmente, que aí, quando a gente abrange toda a história dele, não é que a gente vai cavoucando e as mulheres tiveram abuso. E através do abuso, elas se escondem, né? Então para quê que eu vou ser magra se quando eu era magra, me abusaram? (sic). Agora o pensamento que elas têm está muito relacionado, então elas se “vestiram” dessa gordura para não ter mais esse contato, ter essa culpa... é muito presente isso.

**Orador:** Certo. Como é realizado o procedimento de avaliação do candidato para a cirurgia bariátrica?

**P2:** Olha, tudo começa com eles passam pelo gastro, né? E o gastro encaminha para as equipes. Então, assim, se for particular, já manda para a equipe de psicologia, nutrição. Se for pelo convênio, ele vai para a medicina preventiva. Tantos e ambos. Chega na medicina preventiva, ele passa com uma endócrina e com o médico assistente. Às vezes é um endócrino e às vezes é um clínico, tá? E aí ele tem que ter as características. Hoje, a característica para você entrar na cirurgia bariátrica é ter de 35 a 39 de IMC com comorbidade e acima 40 sem comorbidade. Parece que entrou uma nova lei que eles estão pegando de 30 a 35 também, mas ainda está uma luta dentro dos convênios em relação a isso, porque quando se faz abaixo de 35, dependendo da técnica que o médico faz, o Bypass ou Sleeve, o paciente ele emagreceu muito e traz prejuízo para o paciente. Mas hoje é isso. Ele precisa ter primeiro o IMC, e aí o próprio médico já faz avaliação da questão do suicídio, se tem envolvimento com drogas, porque tem alguns tipos de substância que de drogas que a anestesia não pega.

Então, o paciente ele tem que desvincular a questão do cigarro, então são critérios que eles vão avaliando o que o paciente precisa, fazer esse desmame com o tempo, enfim, mas tentativa de suicídio são coisas que eles são bem rigorosos. A questão de acompanhamento psiquiátrico, só se o paciente tiver algum surto, alguma coisa, por exemplo, uma depressão, uma ansiedade. Ela não elimina o paciente do programa, mas tem que avaliar todos esses critérios. Passou com o endócrino e o médico “aceitou ele”, dentro dos critérios, aí ele vai pra gente, para a gente começar o acompanhamento e situar ele para cirurgia mesmo.

**Orador:** Certo. E após essa avaliação, quando chega para você, quais os critérios de avaliação do psicólogo em relação a condição do paciente para enfrentar os efeitos da cirurgia?

**P2:** Você fala como que a gente trabalha com ele?

**Orador:** Eu gostaria de entender como que é feito o trabalho do psicólogo nessa avaliação. A “ida” do candidato para a cirurgia bariátrica. Como que você avalia se ele está apto ou não para fazer a cirurgia?

**P2:** Olha. Na verdade, o nosso tipo de avaliação é o seguinte, a gente fica muito de mãos atadas A gente leva em consideração tudo isso que o paciente traz pra gente, né? Então assim, quem decide no ato na verdade, da cirurgia é o médico. Ele. Nós profissionais de psicologia, a gente vê há muito a questão da lucidez, do entendimento. Então você me pergunta: “D.P., mas como que você vai ver isso nos atendimentos?”. Conforme a gente fala, o paciente ele chega e a gente traz as demandas de mudança de hábitos para eles, por exemplo, a gente trabalha muito a questão de mastigação, do beber água devagar e a nutricionista está trabalhando a questão da mudança de hábito. Primeiro que a gente vê com a nutricionista a questão da perda de peso, se está havendo essa perda de peso, a gente sabe que está havendo a mudança de hábito. E tem a questão psicológica, por exemplo, muitos que trazem a demanda, a maioria, quase todos, trazem a demanda de ansiedade,

entendeu?

Às vezes tem um acompanhamento com psiquiatra. A maioria passa com psiquiatra e usa medicamento, então passa pela psicologia e já vai direto. Então a gente pega laudo também para ver como que está a manutenção desse paciente junto com o psiquiatra, entendeu? Se está tomando o medicamento...Mas por exemplo, eu vou dar um exemplo para vocês, o que aconteceu com a gente e que se eu não tivesse um laudo psiquiátrico, eu tinha até perdido meu CRP. Como a gente vê o paciente uma vez por mês ou, quando é particular, a gente vê só no mínimo 4 atendimentos, e o paciente a gente sabe que naquele momento de 50 minutos, 30 minutos, ele é o que ele é, né? Entendeu? E aí, uma paciente que a gente trabalhou com ela durante 2 anos, ela aparecia no convênio para a gente, uma vez por mês, e ela chegava lá ótima, então para mim, a queixa dela era que ela não tinha o controle sobre a coxinha, que ela via na feira. Ela trazia essa demanda "Sou viciada na coxinha, não consigo controlar." E a gente foi trabalhando a questão de chegar na feira, fazer outras coisas, de comprar o que ela precisa, porque ela já tinha condicionado aí, direto na coxinha. Tudo bem, trabalhando foi lindo, fez a cirurgia. Só que assim, quando ela fez a cirurgia, ela não falou pra gente (sic), ela nunca trouxe na sessão que ela usava remédios controlados pelo psiquiatra. Ela excluiu isso, tanto do médico como da nutricionista e de mim. Eu não sei se ela tinha medo de que a gente fosse excluir ela do programa, porque ela passava com psiquiatra e aí ela foi aprovada para a cirurgia. Quando é assim, o paciente já passa com psiquiatra, a gente orienta a conversar com o médico para ver que tipo de medicamento que ele pode tomar após cirurgia. Porque, imagina um paciente que toma há 3 anos um tipo de medicamento e fica ali um mês ou 45 dias, sem medicamento? A gente sabe que o corpo sente efeito. E ela (a paciente) não falou. Aí ela fez a cirurgia e passado uma semana essa mulher se jogou da cadeira, de barriga operada e ela apareceu no Espaço Saúde totalmente assim desnordeada, batendo no marido e a gente se entender, tentando investigar, investigar. A gente descobriu, porque a nora estava junto, que ela tinha esquizofrenia, só que ela ficou sem o remédio dela e ela não falou para a gente. Se a gente não tivesse um laudo psiquiátrico, a gente tinha se ferrado naquela época, porque assim, não tem como você descobrir se o paciente faz ou não tratamento psiquiátrico. Por exemplo, eu estou conversando com você, eu falo, você passa com psiquiatra? Você responde: Não. E não tem como eu puxar no sistema, não tem. Então, é uma das coisas que a gente fica muito "aberta".

**Orador:** Sim. Isso é muito sério.

**P2:** Eu particularmente, acho que todo o procedimento deveria, passar por uma avaliação psiquiátrica. Eu, D.P., eu acho que tinha que ter um laudo, mas quando o paciente chega e fala que nunca passou, que nunca fez, não tem como a gente exigir isso deles isso.

**Orador:** Entendi.

**P2:** Até para poder partilhar, para você ter exemplo, antes eles não pediam exame de gravidez. O médico aqui de Americana fez uma cirurgia em uma paciente, ela estava gestante e ele não sabia. Então, a gente vai muito do que a gente tem na troca com um paciente e isso deixa a gente um pouco vulnerável, né? Nessa situação.

**Orador:** Sim, exato. Então é necessária essa clareza do paciente durante a sessão. Quais os critérios de avaliação do psicólogo em relação a condição do paciente para enfrentar os efeitos da cirurgia?

**P2:** Sim, eu acho que também serve para vocês a questão que a gente trabalha com o paciente, sobre quando a gente faz anamnese dele, a gente pergunta se ele tem algum tipo de vício, de mania, de compulsão. Porque no pós-cirúrgico, isso a gente avalia também, eu acho que serve para vocês

como exemplo também. Na bariátrica, o paciente pode ter uma troca de compulsão, então ele “para” de comer e ele troca aquele prazer por outro prazer. Então eu já tive pacientes que na época trocaram por sexo, por compras, acabaram casamento por drogas e por álcool. Então, assim, na anamnese do atendimento pré bariátrico, a gente também, como uma forma de proteção nossa, porque assim faz parte dos critérios a gente perguntar: “olha, tem algum tipo? Gosta de jogo em excesso, gosto de comprar em excesso, atividade física, sexo, enfim, a gente já faz todas as perguntas. Se o paciente nega, a gente deixa como “NEGA”. Só que isso quando é desenvolvido, porque paciente pode não ter e pode desenvolver, porque ele pode ter essa troca de compulsão. Então a gente trabalha isso também com o paciente. Se ele já é um paciente que tem algum tipo de vício, a gente trabalha com ele para fazer o desmame disso. Porque senão ele vai viver trocando, né? “Não posso comer, eu bebo. Eu não posso beber, eu fumo” e aí não há benefício nenhum também.

**Orador:** Certo. E que instrumentos que você utiliza que você utiliza para fazer essa avaliação do pré-operatório?

**P2:** Menina, instrumento? A gente não tem teste, teste para todos os pacientes. Eles não utilizam. A gente trabalha mais com temas. É consciente. A gente trabalha com as demandas que eles trazem, mas geralmente é tudo estruturado. Então hoje a gente vai falar sobre pensamento sabotador, aí amanhã a gente vai conscientizar sobre a questão da obesidade. Mas dentro do convênio a gente não consegue ter teste para todos. Quando eles pedem com urgência a avaliação, também são temas e demandas. Histórias de vida e conscientização do paciente, de todas as mudanças que acontecem. Então, é mais um protocolo estruturado, né?

**Orador:** Entendi. **Então é mais um trabalho de psicoeducação então que é feito com os pacientes?**

**P2:** Sim, é todo um trabalho de psicoeducação. Até porque quando eles chegam lá, eles querem trazer para gente muitas demandas, seja porque brigou com o marido, seja porque tem dificuldade na escola, ou é professor. A gente não consegue lidar, porque uma vez por mês, então mal a gente faz uma sessão aí volta no outro mês.

**Orador:** D.P., quantas sessões são necessárias em média para essa avaliação e posterior emissão do laudo?

**P2:** No convênio de 6 a 24 e no particular, no mínimo 4. Aí vai conforme a sua demanda, a sua necessidade.

**Orador:** Ah sim, **então a quantidade necessária de seções é avaliada por paciente?**

**P2:** Sim, por paciente. mas geralmente os particulares são 4 ou 5 atendimentos. É até feio, né? Eles já chegam para o médico, tipo, eles querem pra ontem. Eles vão pagar. Eles querem. Então a gente avalia muito a lucidez, o entendimento deles, porque os pacientes particulares já chegam redondinhos, são pacientes que já tem conhecimento, já tem entendimento, de verdade, sabe até que falar pra gente, parece que ele já tem tudo. E assim, você tem que ser muito esperta com eles, porque eles querem mesmo. Para você ter noção, quando eu comecei a fazer avaliação psicológica, chegaram a me comparar (sic) de, tipo assim o paciente falou assim, que se eu tipo pagar ele, o profissional falou que eu não precisava fazer todas as seções, que eles poderiam abreviar, mas teria um preço, entendeu? Então, assim eles já chegam desse jeito querendo comprar o seu laudo e aí que você tem que ter muito pulso firme.

**Orador:** Durante o processo de avaliação do candidato, existe uma comunicação e decisões em conjunto entre os profissionais da equipe multidisciplinar?

**P2:** Sim, tem. Por exemplo, é muito importante a avaliação da nutricionista, não é? Se é um paciente, está ganhando peso, o que demonstra que ele não está tendo entendimento nenhum pra gente do processo. Então, assim, o paciente está passando comigo e com a nutri lá em conjunto, mas o paciente, se ele só tá aumentando o peso, a gente fala que o peso é um parâmetro, mas então quer dizer que ele não está mudando os hábitos. Ele não está mudando os hábitos, como que ele vai para um processo cirúrgico? Então, se a gente não tiver essa comunicação muito perto, a gente não consegue entender se o paciente está tendo essa mudança ou não. E eu já cheguei a fazer atendimento junto com a nutricionista, no mesmo dia, pra gente tentar entender o paciente, entender a dificuldade dele de mudança. Então, essa proximidade ela é muito importante e existe, sim.

**Orador:** E de que forma a equipe multidisciplinar pode trabalhar em conjunto para o bem-estar do paciente?

**P2:** É mudança de rotina, mudança de comportamento, a melhora do comportamento. Entendeu? O entendimento em relação ao que é uma alimentação por causa de uma alimentação saudável?

Eu não sei se vocês sabem, mas é bem interessante vocês saberem, por que que a gente pede para o paciente emagrecer antes da cirurgia. Por que qual que é o entendimento do paciente? “Eu sou obeso, então eu tenho o direito de fazer a cirurgia.” E aí chega lá, a gente fala: “Olha, dentro dos critérios, você tem que perder de 5 a 10% do seu peso inicial. Então, o paciente chegou lá com 100 kg, então entre 5 kg a 10 kg, ele tem que eliminar antes da cirurgia. E o paciente questiona muito a gente por conta desse motivo. O próprio médico, ele fala que a obesidade, a gordura abdominal, ela atrapalha na hora de você operar o paciente, porque hoje a cirurgia é por vídeo, não é? E aí eu sempre dou essa explicação para o paciente: “Imagine o vídeo entrando no seu estômago, na sua barriga e atravessando a camada de gordura, para ele chegar no seu fígado, para ele chegar no seu estômago. Então, a gente pede a diminuição dessa gordura abdominal para não ter o risco cirúrgico. A gente tinha um paciente 213 kg. Esse paciente ele emagreceu, foi com 187kg mais ou menos, e ele tinha a indicação de fazer uma técnica, a By-pass, que é isolar uma parte do estômago e desviar uma parte do intestino. Só que o doutor, pelo índice de gordura dele, o doutor não chegou no intestino dele, não conseguiu achar de tanta gordura que ele tinha. E aí ele fez a técnica Sleeve, que é só a redução do estômago, não é retirada. E o paciente que tinha que perder 100 kg, no mínimo, porque ele era muito baixinho, perdeu 50 kg e manteve, porque a técnica Sleeve, ela perde menos peso, né? Então, por isso dá importância da gente trabalhar com a equipe, com a nutricionista, de conscientizar o paciente dessa importância de eliminar peso, antes da cirurgia para não prejudicar ele também na hora do procedimento dele (sic).

**Orador:** D.P., uma dúvida, já aconteceu de vocês pedirem para o paciente que ele precisaria emagrecer um pouco antes da cirurgia e o paciente desiste por conta disso? Todos eles conseguem perder peso?

**P2:** Não, não. E o que que acontece, quando é essa questão (falo de convênio), quando o paciente ele não consegue, porque eles não acreditam muito tá nessa necessidade, aconteceu de vários desistirem, né? Por não conseguir, e quando o paciente ele bate o pé com a gente “é, eu tenho direito”, porque realmente, pela ANS (Agência Nacional de Saúde), eles têm direito, mas a gente vê

risco cirúrgico, a gente encaminha ele de novo pro médico cirurgião e ele faz essa avaliação (sic). E o médico cirurgião, ele sim, tem um poder de falar que não vai operar. Então, aí entra até como um requisito para o convênio ter uma proteção, porque aí é uma questão que ele não pode nem entrar com uma ação jurídica. É aconteceu um caso com 2 pacientes. A gente emitiu laudo, o paciente tinha emagrecido, foi na época da pandemia em que a gente fez muito telemedicina com eles, para eles não perderem toda essa questão do protocolo deles, de estar no programa. Aí quando a gente emite o laudo dele, tudo certinho, ele veio, retornou com a gente, deu a pandemia de novo. E ele ficou mais 3 4 meses sem a gente ver esse paciente, e ele foi para a cirurgia, liberou a autorização, o médico chamou, fazia 4 meses que a gente não via ele, porque veio a pandemia novamente e chegou lá e ele tinha engordado 16 kg. O que o médico fez? Cobriu ele, fechou ele e mandou para casa e falou: “Elimina os 16 kg e volta aqui que a gente opera (sic)”. Então já aconteceu no centro cirúrgico do médico não aceitar e fazer ele perder peso. Já aconteceu de paciente desistir. E a gente tem muito resultado também positivo, de mais gente emagrecer sem a cirurgia 30, 40 kg, sem a cirurgia.

**Orador:** Eu queria saber se **já aconteceu o contrário, de ter que emagrecer e aí a pessoa conseguir e desistir da cirurgia?**

**P2:** Sim. E aí eu vou te contar qual que é a questão psicológica que atrapalham eles. A gente tem um trabalho muito legal de fazê-los emagrecer, mas o que que acontece, o medo do reganho do peso. Porque eles têm esse insucesso de tratamento dentro deles. Ele, a vida toda ganhou e perdeu peso. Então, quando acontece desse paciente, ele emagrecer muito, tipo 30 a 40 kg, eles têm medo de voltar a ganhar peso. Então aí entra a parte psicológica, o medo deles, de ter a recidiva de peso. E aí, às vezes eles não querem sair do programa, eles querem manter mesmo magro, porque assim eles não confiam em si e pensam “Se eu voltar a engordar, eu faço a cirurgia”, então é outra parte psicológica.

A gente tem que trabalhar, a gente consegue fazer ele emagrecer, mas eles têm muito medo de voltar a ganhar peso.

**Orador:** É interessante, né? São coisas que vão dando os desdobramentos. **Então isso é muito individual, né?**

**P2:** Por isso que são 4 anos com o paciente, é muita coisa. É que assim, na hora de falar, mas na hora que vai surgindo todos os dias, é uma demanda atrás da outra e assim e uma coisinha vai puxando a outra, entendeu? E a gente sabe de sofrimento deles, das pessoas criticarem: “Ah por que vocês vão fazer a cirurgia bariátrica?”, “Vocês conseguem emagrecer”, “Vocês estão indo pelo método mais fácil”. Existe essas críticas em cima deles, entendeu? Então, assim, eles chegam totalmente perdidos. Hoje eu atendi uma paciente que ela precisava da aprovação do pai e da mãe. Ela quer fazer a cirurgia, mas se não tivesse a aprovação do pai e da mãe, ela não ia fazer. Mas é dela, é esse extinto, entendeu? Se acontecer alguma coisa, a responsabilidade é de vocês. Ela é ainda infantil, né? Então a gente tem que trabalhar, isso também com o paciente.

**Orador:** E aí essa próxima pergunta, qual a relevância dos laudos emitidos pela equipe multidisciplinar para subsidiar o laudo psicológico?

**P2:** Na verdade é só o laudo da do médico, dizendo que ele está apto a fazer a cirurgia devido a exames, os médicos avaliam fígado, ultrassom, endoscopia.

**Orador:** **Que seria a indicação? Daí ele vai indicar para a cirurgia?**

**P2:** Não, não. Tipo assim, é quando o paciente ou porque assim o médico também, ele tem que bater

o martelo que o paciente está apto, que é para subsidiar os nossos laudos também. Então assim, o laudo do médico, onde ele avalia a questão clínica, então se ele está apto na parte clínica para fazer a cirurgia. Passou por todos os exames, então o médico ele solicita vários exames. Cardiologista também, é uma bateria de exames. Esses médicos precisam laudar falando que eles estão aptos para a cirurgia e aí dá nutricionista para a gente. Porque ela coloca lá, por exemplo, o peso inicial e o peso final e a gente coloca tudo o que foi trabalhado no nosso laudo ainda, então a gente coloca quando a gente faz um laudo, o nosso já tem até um modelo pronto também. A gente coloca todos os temas que foi trabalhado, tudo que a gente fez com o paciente, porque se futuramente acontecer alguma coisa, alguém chegar e falar “mas espera aí, vocês não conversaram sobre troca de compulsão com paciente? Hoje ele está um alcoólatra.” Não, a gente trabalhou. E “ah vocês não trabalharam pensamentos sabotadores, não a gente trabalhou. Então a gente coloca todos os temas que a gente trabalha dentro do laudo e a nutricionista também. Então, um reforça o outro.

**Orador:** É importantíssimo o trabalho multidisciplinar.

**P2:** Isso.

**Orador:** E essa próxima pergunta, em sua vivência clínica, quais as demandas apresentadas pelo paciente no pré-operatório relacionadas à obesidade?

**P2:** É mais ou menos igual a resposta da primeira e da segunda pergunta.

**Orador:** Você já respondeu lá, né? E como que essas demandas são trabalhadas e superadas? Na nossa vivência, eu acho que é o que a gente acabou de falar ali em cima, é abandono, abuso, tudo, que eles trazem para a gente, não é? É tudo que a gente já trabalha. E se a gente não consegue, por exemplo, a pessoa falou do abuso lá pra gente, e eu falo que aí mistura religião, né? Geralmente as pessoas cristãs, elas chegam muito mais bem resolvida com essa questão do abuso. Então aí que a gente fala, olha, eu acho que devido a sua demanda, eu acho que a gente tem que encaminhar você para uma terapia. Eu acho que vai acabar influenciando você melhor se você trabalhar isso, porque se não, não desvincula desse pensamento, a gente também não consegue trabalhar a questão do merecimento, a questão que você pode sim, perder peso. Então, vai desdobrando isso.

**Orador:** Certo. De uma forma geral, esses pacientes tendem a continuar com esse acompanhamento após aprovação? Dos índices que você tem consultório, eles continuam?

**P2:** Particular, não, tá? A gente faz até um compromisso na hora de fazer a avaliação, um contrato com eles. A gente coloca que eles têm que a necessidade do acompanhamento após, né? Mas os particulares é muito mais difícil (sic). É como eu te falei, são pessoas que já estão prontas, já sabe aquilo que querem e acho que não precisam da gente, tá? Mas no convênio, a maioria, 90% dá continuidade com a gente sim (sic). A maioria. Eu acho que é vivendo que eles entendem tudo o que a gente fala. Toda essa questão da mudança, tudo que eles vão passar, o comer em menor quantidade, em ter que mastigar, em ter que conviver com as pessoas sem pensar na comida. Então eles podem frequentar os lugares, mas a comida não é o principal. Os tipos de fome, social, emocional. E aí vai a demanda...

**Orador:** E essas demandas no pós-operatório, que são relacionados aos efeitos da cirurgia, o que que é o mais frequente?

**P2:** Sim. O paciente fez a cirurgia e ele volta com 15 dias com a gente, que é uma fase líquida (na

alimentação). Um paciente, dentro de 30 dias, ele passa por 2 fases: fase líquida e fase pastosa. Então, o que que a gente trabalha com ele no pós? A gente trabalha no pré, mas que eles vem (sic) no pós: “Olha, você sabe que você vai ficar 15 dias sem mastigar, praticamente quase 30 dias.” E o que que é a mastigação pra gente? Hoje é onde a gente descarrega. A gente morte porque a gente tá com raiva, a gente come porque a gente quer aliviar aqueles sentimentos de estresse. Então a gente trabalha isso com ele, a questão da não mastigação. Então, eles vêm com 15 dias de operado, com a queixa assim: “Ah me arrependi do que eu fiz.” Porque na dieta líquida, a alimentação é uma água é uma “água suja”, porque a água do cozimento da carne, que é passada na peneira daquela de caldo de cana, então é água, água.

Então o caldo salgado é água, você vai tomar uma água de coco, é filtrada, então é água. E eles ficam 15 dias dentro de casa, então imagina muitos trabalham feito loucos, e aí, de repente, para uma vida durante 15 dias, eles têm essa dependência da família, entendeu? De ter que eles cozinham. Porque quando você passa por esse processo, você não pode encostar a barriga perto do fogão, porque é onde está o processo cirúrgico. E aí eles não têm a mastigação. E geralmente, como eles trabalham demais ou tem uma rotina, né, ou são idosos ou não, aí o que que eles acabam fazendo? Eu falo que a oscilação de humor e o sentimento de arrependimento até 15 dias é a primeira fase que eles passam. A maioria fala: “ah me arrependi”. Depois dos 15 dias, que entra na fase pastosa, eles vão começando a aceitar. Só que aí, entra numa segunda fase, que é o medo de mastigar e comer o alimento e passar mal. Então tem a fase que a gente trabalha, depois de 15 dias e com 30 dias a gente começa a trabalhar a quantidade (de ingestão de alimentos). Eu gosto de dar exemplo que eu acho que é mais fácil para vocês entenderem. Semana passada eu atendi um paciente com 60 dias de cirurgia. Ele estava triste porque ele foi num rodízio japonês, com a esposa, era aniversário dela e ele chegou lá, todo mundo comendo e ele comeu 2 pedaços e parou porque era o suficiente. Ele se sentiu tão triste, frustrado, porque ele falou assim: “eu queria comer, mas o meu estômago ele não comportava, não dava. Eu sei que não dá.”

E ele estava irritado, e ele decidiu que ele não ia comer mais, se fosse para ele comer 2 pedaços. Ele preferia não comer. Aí a gente tem que entrar com uma demanda que é uma nova qualidade de vida, que não é a quantidade, é a qualidade que ele precisa. Que a fome não existe, porque realmente não tem. Não sei se vocês sabem que quando faz a cirurgia, eles retiram uma parte do estômago que produz o hormônio da fome, a grelina. Então é totalmente diminuído. Então, a informação que manda para o cérebro “estou com fome”, não existe mais. Por isso que você ouve bariátrico falando que se deixar passa o dia inteiro sem comer, porque não existe mais essa informação no cérebro. Então como ele não tem essa informação, e como ele não vê mais o prazer nos alimentos, ele queria parar de comer. Ele queria tomar só líquido, então este trabalho pode falar.

**Orador:** E como que você contribui com esse tipo de demanda daí?

**P2:** Aí a gente vai trazer para ele, é o que eu comentei com você, por exemplo, a questão da quantidade. A gente tenta reforçar o motivo, porque ele fez a cirurgia. Quais os benefícios que a cirurgia está trazendo para ele. O quanto é importante essa quantidade na vida dele, entendeu? Que a quantidade está mais presente na vontade, do que necessariamente. A gente tenta focar o paciente no qual que foi o objetivo dele, indo para esse rodízio japonês, entendeu? Que ele estava comemorando um aniversário. Isso também é trabalhado lá atrás, no pré-operatório, a gente já condiciona o paciente a entender que fazendo a cirurgia, o alimento já não é mais o prazeroso na vida dele. Que essa questão de hoje a comida é muito cultural, né? Tá triste, come. Está feliz, come... tudo “come”. E a gente tenta trazer quais são os objetivos para ele. Então, por exemplo, isso da quantidade troca de compulsão, entendeu? Eu tive uma paciente que acabou o casamento porque ela comprou 6 pares de bota. Porque a bota cabia no tornozelo dela e nunca coube, aquelas de cano alto. Então ela ficou tão feliz... mas imagina uma pessoa que o marido estava desempregado e ela vai lá e



compra 6 pares de bota e sai com uma conta gigantesca? Outra coisa importante também a flacidez, porque é principalmente nas mulheres. Assim o auge é o emagrecimento. Aí depois começa o emagrecimento muito rápido. Aí vem a flacidez. A mulher diz “ah não, meu peito está lá embaixo, não consigo ter relação com meu marido.” Entendeu? E tudo isso a gente sempre traz para a consciência o objetivo. Qual foi o objetivo dela ter feito a cirurgia? Se for uma questão de estética, que hoje existe depois as cirurgias reparadoras que o convênio oferta. Então a gente vai trabalhando etapas do paciente: “Olha, hoje você tem que viver essa etapa. Hoje você precisa emagrecer.” Até porque, e eles têm um prazo de emagrecimento de até 2 anos, né? Pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, ele pode perder peso até 2 anos, então são 2 anos trabalhando com eles a, flacidez que isso é necessário, é uma história de vida deles, que foi por conta do emagrecimento. Então assim, a gente vai trabalhando, porque eles vão trazendo as demandas. Mas é mais isso: troca de compulsão, aceitação da quantidade dos alimentos e distorção de imagem. No começo, eles não conseguem ver que eles estão emagrecendo. Então, o que que a gente faz antes da cirurgia? A gente pede foto, pede para o paciente guardar uma peça de roupa. Porque às vezes, eles olhando no espelho do mesmo jeito que eles não se viam gordinho, eles também não conseguem se ver emagrecendo. Isso é muito normal. Paciente de 8 meses de cirurgia, que perdeu uma boa quantidade de peso chega ainda a pedir G1 dentro da loja. Aí a pessoa fala: “Não. Olha, hoje você usa um P.” Então tem muita essa questão de distorção. Então, aí como é que a gente faz isso? Fotos, a gente pede pra tirar foto mensalmente do emagrecimento. Guardar uma peça de roupa, a maior que já tiveram. Então vamos comparando, entendeu? O pesar e o monitoramento do peso...Mas a gente também tem que tomar um pouco de cuidado, porque o pesar se torna vício. Paciente pode pesar de manhã, à tarde e à noite, então isso também tem que trabalhar isso. Mas é sempre evidenciando ao paciente, nessa parte a gente tem que mostrar para ele mesmo, então é bem interessante. antes da cirurgia, pedir para que eles façam algumas coisas antes. Tirar foto antes de ir para o centro cirúrgico, para eles poderem visualizar.

**Orador:** Interessante, né?

**P2:** É. Muito.

**Orador:** São detalhes, assim que a gente não percebe no nosso dia a dia. Bom, tinham algumas perguntas aqui em meu roteiro, que você já acabou respondendo nas questões anteriores, sobre quais as dificuldades encontradas durante o acompanhamento pós-cirúrgico. Após a cirurgia, quais resistências o paciente tende a manifestar e como são identificadas e trabalhadas.

**P2:** É, resistências eu acho que é isso, essa questão da quantidade de ingestão dos alimentos e da aceitação de um corpo novo, né? Eu acho que para eles é muito difícil essa aceitação de ter uma aparência nova, né? De se enquadrar agora. Alguns cabem dentro daqueles 20% que eu te falei, alguns não querem voltar, entendeu? Alguns acham, 10%, que não há necessidade. É uma resistência do tipo: “Ah agora eu fiz a cirurgia, eu tô magro, não preciso mais delas (psicóloga e nutricionista).” (sic) Existe resistência sobre isso, eu acho que é mais isso mesmo. Eu acho que é mais conseguir visualizar e identificar esse novo corpo, não é?

**Orador:** E quando o paciente ele interrompe esse acompanhamento psicológico, que consequência que isso pode acarretar?

**P2:** Troca de compulsão e reganho de peso.

**Orador:** Quais aspectos psicológicos você acredita estarem envolvidos nos casos em que o paciente tem um reganho de peso?

**P2:** Eles são muito sabotadores, né? Eles fazem a cirurgia. E esses 10, 20 por cento somem. Aí depois eles vêm com maior cara de pau (eu brinco com isso, rs). Porque assim, até 6 meses de

operado, a gente considera uma fase de lua de mel. Você perde peso rápido, a perda vai acontecendo. Começa a dar 8 meses, 1 ano de cirurgia, o que eram 5 kg por mês, começa 1 kg, 500 g, entendeu? Com 1 ano e meio então, já vai estabilizando. Que é a fase que eles já podem procurar até um cirurgião plástico. Só que esse um ano e meio eles já sabem o que cai bem e que não cai. E aí, o que cai bem, eles comem um pouquinho a mais, às vezes até passar mal, e aí eles voltam: “Ah então eu sumi, porque eu não tinha tempo pra vir. Estava muito corrido, mas agora eu percebi que eu estou comendo mais, estou ganhando mais peso”.

**Orador:** A que se atribui esses aspectos psicológicos?

**P2:** Então assim, é um reganho de peso para eles. Quando eles param de fazer esse acompanhamento, que a gente fala que é essencial até os 2 anos. Porque aí já passou a fase de “lua de mel”. Ele já entende o peso está estabilizando. Que eles precisam manter esse ritmo, né? A gente conscientiza muito o paciente que a obesidade é uma doença, entendeu? A gente sempre reforça muito isso com eles, que a questão da cirurgia é só um método, entendeu? Eu dou um exemplo muito prático para eles. Eu falo: “Olha, imagine um diabético que você dá uma insulina para ele. Ele deixa de ser diabético? Não. Mas ele tem uma qualidade de vida com a insulina. Agora imagina o bariátrico, você vai lá e dá a cirurgia para ele. Ele deixa de ter obesidade? Sim, ele deixa, mas porque ele tem uma cirurgia. Mas a partir do momento que você volta a ter o seu comportamento errado, é igual o diabético, nem insulina dá jeito, vai muito de você.” A gente responsabiliza muito paciente pelos atos deles. Mas muitos, mesmo assim, são resistentes. Tem muito a questão do reganho de peso. Hoje em dia, eu acho que as pessoas estão tão assim envolvidas com a cirurgia que elas não estão tendo um entendimento muito certo, né? Principalmente dos particulares, é como eu falei, eles sabem o que tem que falar na hora da entrevista. Eles sabem o que classifica e o que desclassifica. Ele já vem com tudo em mente, estruturado. Eles querem apenas o laudo e querem fazer a cirurgia.

**Orador:** É como se quisessem comprar uma cirurgia?

**P2:** Sim, só que aí depois eles não entendem a importância do nosso papel, porque eu falo meninas, o nosso papel é muito importante. Vocês não têm noção como que a gente ajuda esses pacientes a entender eles, entendeu? A entender a questão do reganho de peso, do comprometimento. A gente tem um papel muito importante, mas eles não sabem disso.

**Orador:** Quais alternativas para alterar essa situação?

**P2:** Eu falo que a forma de modificar isso é você jogando para o paciente a responsabilidade dele, porque ele vem para um pra cirurgia querendo que a gente assuma isso, do tipo “eu passei com a psicóloga e ela me deu laudo”, “eu passei com a nutricionista ela me deu laudo” e quando a gente fala: “Olha, é você que vai passar por tudo isso. Se você vai fazer a cirurgia e você está casado, e querer cobrar do seu marido que ele não pode mais comer pizza, que ele não pode mais tomar refrigerante, porque isso é sua responsabilidade.” Então a gente leva tudo isso para o paciente, para ele entender que é uma decisão dele. Mesmo sendo pago pelo convênio, mesmo se for pra uma decisão em questão de saúde, é uma decisão dele a cirurgia bariátrica, então ele tem que ter responsabilidade nisso.

**Orador:** D.P., você possui uma especialização técnica para atender pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica?

**P2:** Eu tenho especialização em TCC (Terapia Cognitiva Comportamental), Cirurgia bariátrica, Transtornos alimentares e Obesidade. Quando eu entrei nesse mundo de convênio eu me apaixonei por esse mundo da cirurgia bariátrica.

**Orador:** De qual forma você acredita que essa especialização possa contribuir positivamente e ser um diferencial para os atendimentos com pacientes bariátricos?

**P2:** Ah sim contribuí, porque tem algumas coisas técnicas, né? Então, por exemplo, essa quantidade de sessão no mínimo, essas 4, você vê que é através da especialização que você vai ter esse entendimento. Então quando o paciente ele te questiona, você fala: "Olha, através do Conselho da Psicologia, a gente precisa no mínimo 4". Então a gente tem esse embasamento por trás da gente (sic). Eu fiz especialização depois de entrar nesse caminho da bariátrica eu falo que na bariátrica a gente a gente foi aprendendo, né? Entendendo o paciente, foi estudando, mas eu acho que contribuí bastante por conta desse dessa questão de você falar com propriedade para o paciente. Se ele pede menos sessões, você fala: "Olha, eu não posso. São no mínimo 4. Perante o Conselho, eu fiz a especialização nesse tema". Eu acho que isso tem um diferencial. Até na emissão dos laudos, o médico tem um olhar diferenciado em cima da gente: "Olha, então era especialista nisso". E você precisa amar o que faz. Você vê o paciente que ele chega e fala assim: "Olha, quando eu era obeso, eu era o engraçado da turma. Eu falava, eu tinha essa necessidade de atenção." E aí, depois que faz a cirurgia, eles chegam até no consultório assim, quietinho. Aí você vê as mulheres cruzando as pernas que antes elas não conseguiam cruzar, sabe? E aí você começa a conversar, elas estão totalmente centradas, sabe aquela segurança de si? Gente, é fascinante ver. É transformador. Se você olhar chegam as mulheres com cabelo mais longo, com maquiagem, elas se transformam, usam roupas claras, entendeu? Então eu falo assim, é um trabalho tão bonito que a gente exerce. É difícil, porque lidar com o ser humano e falar de uma coisa tão gostosa que é comer e fazer o paciente entender que é prazeroso, mas não tem qualidade de vida, é desafio. Mas ao mesmo tempo ver o emagrecimento deles... gente de verdade, eu falo que eu fui realizada nos 9 anos que eu trabalhei naquele convênio, porque eu transformei muita vida, muita, muita. Então eu falo assim, que eu sou realizada nisso mesmo.

**Orador:** Sim. Que interessante esse tema né? Parabéns pelo seu lindo trabalho. Bom, eram essas questões de nossa entrevista.

**P2:** Eu sou uma psicóloga de que fala demais, rs. Eu adoro falar sobre a bariátrica. Se quiserem depois me perguntarem alguma coisa, pode me perguntar, tá? Talvez não tenha ficado claro alguma coisa, eu respondo novamente. É que é tanta informação e eu não sei consegui responder nas perguntas que vocês fizeram. Mas se precisar de mais alguma coisa, eles me mandam por escrito.

**Orador:** Claro, e a gente agradece a sua disponibilidade em dar essa entrevista para a gente. Com certeza vai contribuir muito com o nosso trabalho. Obrigada pelo seu tempo também de ter disponibilizado. Obrigada, D.P. Obrigada mesmo, viu?

**P2:** Então, boa sorte pra vocês é precisarem de uma ajuda, alguma coisa, vocês podem entrar em contato, tá?

**Orador:** Pode deixar. Obrigada. Até uma próxima.

## ANEXO C - Transcrição da entrevista 3

### IDENTIFICAÇÃO:

**Nome:** T.M.

**Idade:** 41 anos

**Abordagem:** Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

**Formação Acadêmica:** Psicologia

**Especializações (Pós, cursos):** Pós-graduação em Transtornos Alimentares e Obesidade (FMABC), Pós-graduação em Intervenção Cognitiva (F. Martinus), Aprimoramento em Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instrutora Qualificada de *Mindful Eating* (Protocolo MB-EAT), Formação em *Intuitive Eating* (CEBRATA).

**Área de atuação atual:** Psicologia Bariátrica e da Obesidade, com atendimentos clínicos e curso de capacitação profissional para psicólogos e psiquiatras.

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** 19 anos

**Orador:** Tá, é primeiro, quais fatores psicológicos você acredita estar associado à obesidade?

**P3:** Bom, a gente precisa entender que a obesidade ela é uma doença e que ela é multifatorial. Vão existir alguns fatores que são mais de cunho pessoal. Então, por exemplo, como a pessoa lida com o estresse? Coisas que são familiares também, né? Porque a gente tem que ver do ponto de vista fisiológico, metabólico, do ponto de vista comportamental, mas também do ponto de vista ambiental, familiar. Então, existem fatores que são da pessoa, como ela lida com a comida em si e qual a função da comida na vida dela, se ela tem um comer emocional e tal. Mas também existe uma questão que é familiar, que a gente tem que entender que regras foram se estabelecendo ao longo da vida dessa pessoa e que vão regendo o comportamento alimentar dela, né? Então tem algumas questões que vão influenciar na obesidade e que são comportamentais mesmo, como as escolhas alimentares, mas as escolhas alimentares que são feitas de uma maneira consciente. Porque muito se fala sobre: “ai a pessoa tem obesidade, ela tem um peso mais alto por causa do que ela come. É só fechar a boca e emagrecer, né? Ela que escolhe o que ela põe na boca” e não, não é bem assim. Nosso comportamento alimentar não é 100% consciente, determinado por escolhas conscientes.

**Orador:** Uhum. É, quais as causas encontradas com maior frequência em casos de obesidade? Acho que você respondeu já essa questão, né?

**P3:** Sim, se a gente for ver do ponto de vista comportamental, existe muita relação com transtorno da parte emocional, né? Transtorno de compulsão alimentar. Existe um fator ambiental muito importante, que são as dietas restritivas, então na verdade, o tratamento mais prescrito hoje em dia para a obesidade, que são dietas restritivas e exercícios físicos (sic). A dieta restritiva, ela é um grande fator que pode desencadear um gatilho para a obesidade se instalar (sic) quanto um fator mantenedor, porque a obesidade ela vai fazer uma desregulação metabólica muito grande e que acaba promovendo a obesidade.

**Orador:** E como que é trabalhado tudo isso? Na prática clínica.

**P3:** Pensando no psicólogo?

**Orador:** Isso.

**P3:** A gente precisa entender quais são os fatores predisponentes para que essa pessoa tenha desenvolvido a obesidade, a gente precisa entender o que que pode ter sido um gatilho, o que mantém e o que protege e também (sic) do ponto de vista da terapia cognitivo comportamental. E aí a gente vai entendendo quais são os fatores onde a gente pode agir, se existem regras familiares que a pessoa continua limpando o prato. E quando era criança é limpar o prato para ficar forte, é limpar o prato para ganhar sobremesa, é comer tudo porque não pode jogar fora, né? A gente vai entender se existem essas regras familiares que podem ainda reger o comportamento da pessoa, mas nesse momento da vida não fazer mais nenhum sentido para ela. Então, no consultório, a gente precisa entender o contexto todo da obesidade na vida do paciente. A gente vai entender essa questão de fatores predisponentes, o que que pode ter precipitado a obesidade, o que que está mantendo. Muitas vezes também, o que gerou um aumento de peso na pessoa, além de outros fatores

fisiológicos que a gente nem vai comentar, mas pensando mais no ponto de vista comportamental e ambiental, a gente vai avaliar como foi, como é o histórico de peso desse paciente e desde quando faz tratamento para reduzir. Que a obesidade é uma doença metabólica, que a pessoa que tem a obesidade, ela sente mais fome do que as outras pessoas e que o seu corpo tem uma resistência aos hormônios de saciedade, não percebem a saciedade como outras pessoas percebem. Então por isso que se critica muito, né? Se joga toda a responsabilidade em cima do paciente e que não é bem assim. Então a gente vai entender como que é todo esse contexto, qual é o contexto geral aí de vida do paciente, de tratamentos, e a gente vai avaliar onde que a gente pode fazer mudanças. Às vezes a gente vai começar com mudança de rotina, né? Rotina alimentar: “ah, o paciente fica muito tempo em jejum”, a gente vai trabalhar para regular isto. O paciente desconta emoções na comida, busca uma regulação emocional na comida, então a gente vai dar ferramentas para que ele possa lidar com as emoções ao invés de buscar a comida para uma compensação. E aí nessa parte de regulação emocional, a gente engloba tudo, né? Tanto compensações de: “ai, puxa, meu dia foi muito estressante hoje, eu mereço comer uma pizza, nossa, levei uma bronca do chefe, vou tomar um cappuccino, comer um pedaço de bolo”. Então tudo isso a gente vai regulando até compreender também o comportamento alimentar da pessoa em si, quais são suas preferências alimentares? Como que é a sua mastigação, se a pessoa sente num lugar apropriado para comer, senta a mesa, se come com distrações ou não, porque o *mindless eating* que é comer sem atenção ao momento presente também contribui muito para exageros alimentares e tudo. A gente vai trabalhar com essa pessoa para ver como que ela (sic) até que ponto ela discrimina a fome fisiológica, que sinais que ela percebe no corpo. Sinais fisiológicos, cognitivos, emocionais, tipo sentir um buraco no estômago, ficar irritada, perder a concentração, já não ter mais condições de trabalhar. São todos eles são sinais fisiológicos de fome. Trabalhar com o paciente se (sic) a discriminação do que é uma fome fisiológica do que é uma fome emocional: “ai, eu tô com vontade de comer alguma coisinha e não sei bem o que que é”, e aí a pessoa vai buscando, vai comendo, comendo, comendo, comendo, comendo, quando vê comeu um monte de coisa e nada satisfaz, porque é uma questão emocional e não de ordem fisiológica. E a fome específica, que é quando a pessoa tem um desejo de comer alguma coisa que ela sabe exatamente o que ela quer e ela não come porque: “ah, é quarta-feira eu não posso comer bolo na quarta-feira que engorda”, como se comendo no final de semana não fosse contribuir para um aumento de peso ou que não fosse fazer a menor diferença comer na quarta-feira mesmo. E uma coisa que a gente tem que trabalhar muito é a mentalidade de dieta, né? Porque se a gente pegar para avaliar, todo ano surge um novo superalimento, surge um novo vilão, né? E às vezes vão se mantendo os vilões, o açúcar, volta e meia é vilão porque vicia, porque não sei o quê, não vicia. O glúten e a lactose que inflamam o organismo, não, eles vão fazer mal para o organismo que tem algum problema com aquela substância. Então a gente precisa trabalhar tudo isso que o paciente pensa sobre comida e aí começar. É como se a gente fosse começar realmente uma introdução alimentar, formar o comportamento alimentar ali desde o mais básico possível para a pessoa ir identificando, comendo com os cinco sentidos, usando como base o *mindful eating*, que é o comer consciente, trazendo estratégias da terapia cognitivo-comportamental para organizar a rotina. Então não tem como, por exemplo, uma pessoa que vai passar o dia inteiro fora de casa e que não tem condições financeiras de comer, fazer todas as refeições fora. Não tem como ela ter uma boa relação com a comida. Não tem como ela estar bem fisiologicamente se ela não tiver um planejamento. Então, organizar ali alguns dias da sua semana para cozinhar, para organizar marmitta, para organizar lanches, mesmo que vá fazer o almoço fora de casa, mas pelo menos carregar lanches, a gente precisa trabalhar. Então é muito a operacionalização de uma melhora na relação com a comida e com o corpo de pouquinho em pouquinho e com tarefas muito pequenas. Então, às vezes as pessoas pensam que têm que revolucionar e não, são as coisas muito pequenas que vão realmente dar suporte para que essa pessoa tenha mudanças de comportamento alimentar que sejam sustentáveis. Nesse sentido, uma outra coisa muito importante é trabalhar o que a pessoa pensa sobre peso, né? Porque a gente tem um índice de massa corporal dizendo para a gente qual é a faixa de peso ideal que nós devemos nos adequar ali. E o IMC ele não é válido clinicamente, a gente pode até usar como referência, mas mais importante é a nossa investigação clínica, a investigação de doenças, uso de medicamentos durante a vida toda. Hoje a gente já tem comprovações de que uso muito grande de antibióticos, por exemplo, predis põem a obesidade. A gente precisa trabalhar essa questão do que a pessoa pensa sobre peso, porque na nossa sociedade é preconizado que quanto mais magro você for, mais saudável você está. E quanto mais gordo você está, menos saudável você está. Então, esse binômio, a gente precisa quebrar e fazer a pessoa compreender que tudo bem, a obesidade é uma doença. No entanto, não necessariamente a pessoa vai ter diversas comorbidades e ela não precisa estar na faixa de peso do IMC eutrófico para que ela esteja saudável. Por exemplo, uma pessoa que tem obesidade e que ela tem perdas de peso discreta, por exemplo, de 10-15% do peso total, ela já

vai ter melhoras gigantescas na sua saúde. Então a gente precisa quebrar essa visão que se tem a respeito do peso como sendo um determinante de saúde, porque não é.

**Orador:** Uhum. T.M., antes da procura para a cirurgia bariátrica, os pacientes possuem um histórico de tratamento psicológico em busca de combater a obesidade? Eles procuram um psicólogo para resolver essa questão antes de procurar a cirurgia?

**P3:** A maioria não. A maioria nunca buscou também por uma falha nossa, porque poucos são os profissionais, os psicólogos, que trabalham com o comportamento alimentar e desses que trabalham com comportamento alimentar ou com a cirurgia bariátrica em si pouquíssimos raros são os que trabalham divulgando informações, fazendo uma psicoeducação gratuita em redes sociais, palestras etc., a respeito de como funciona o trabalho do psicólogo no comportamento alimentar. Então é muito comum que o paciente só procure (sic) um candidato à cirurgia bariátrica só procure o psicólogo quando ele é informado que ele tem que passar com o psicólogo para fazer avaliação psicológica pré-bariátrica. A maioria nunca procurou. Às vezes já procurou por outros fatores emocionais e que às vezes até já tinha algum problema com o comportamento alimentar, com peso, mas que por falta de competência técnica do profissional, ele nunca tenha trabalhado isso.

**Orador:** Isso é uma pena. Quais fatores podem estar ligados ao insucesso da perda de peso?

**P3:** Depois da cirurgia bariátrica?

**Orador:** Antes ainda.

**P3:** Putz, (sic) são muitos fatores. Especialmente a própria dieta que o paciente faz para perder de peso. Então a gente tem que entender que perda de peso não é o que vai gerar saúde, que a maioria das dietas restritivas elas não são sustentáveis a longo a longo prazo. Mais de 90% das pessoas que tentam fazer dietas restritivas, elas têm o reganho de peso. E ainda um efeito rebote, ainda ganha um pouco mais de peso, 10 a 30% do peso perdido, né? Então, quando a gente olha para dados estatísticos de pesquisas, quando as pessoas tentam se submeter a dietas restritivas, raras são as pessoas que conseguem passar de 5 anos fazendo restrições e tendo aquilo, entre aspas (sic), como um estilo de vida. A maioria da pessoas, entre aspas (sic), fracassa e esse é um grande problema, porque daí a pessoa que tentou fazer uma dieta restritiva, ela entende que ela que fracassou por falta de força de vontade, por falta de disciplina. Mas fato é que a gente não consegue lutar contra algo que é fisiológico, que é o nosso cérebro batalhando pela nossa sobrevivência. Quando você fizer uma dieta hipocalórica e estiver gastando ainda mais energia na academia, o teu cérebro vai fazer de tudo para que o teu organismo, como um todo, entre em stand-by para que você gaste menos energia. Ou seja, ele vai gerar uma preguiça maior, um sono maior, porque você não tem energia e porque ele precisa que você gaste menos. Então assim ele vai poupar energia e quando você comer ele vai gerar desejo muito maior pelos alimentos, então é comum as pessoas que estão em dietas restritivas falarem assim: “ai meu Deus do céu, mas eu tô morrendo de fome, eu só penso em comida, eu não consigo esperar a hora que a nutricionista mandou eu comer, porque eu já tô morrendo de fome antes”. Então são vários processos metabólicos, fisiológicos, que tentam preservar a nossa vida. E aí aumenta a eficiência energética também. Ou seja, quando a pessoa comer alguma coisa, o próprio organismo vai tentar absorver o máximo que puder de nutrientes e transformar o máximo em fonte de energia. Transformar em gordura para preservar a vida. Então, esse é um dos grandes problemas pelos quais a pessoa não consegue aderir a uma dieta e emagrecer. O que que a pessoa precisa daí para conseguir emagrecer? Primeiro que a gente não tem como dar uma resposta simples de: “ah, precisa comer com consciência, respeitar os níveis de fome e sociedade”. Não, não é tão simples assim. É algo extremamente complexo que deveria ser tratado por uma equipe interdisciplinar que fosse discutir o caso e desenvolver juntos as melhores estratégias de tratamento. Mas do ponto de vista de comportamento geral, a gente pode elencar algumas coisas, como a falta de uma rotina, em relação à alimentação, ter uma desorganização muito grande, ficar muito tempo em jejum, comer com o nível de fome muito alto, não ter à disposição alimentos que sejam interessantes para a pessoa naquele momento e acabar fazendo consumo muito grande de ultraprocessados, mastigar muito rápido, que isso às vezes é um hábito, às vezes é pelo nível de fome, quanto mais fome, mais rápido a gente mastiga, não pensar sobre a sua alimentação e não fazer escolhas boas alimentares e, às vezes, a pessoa nem sabe o que são escolhas alimentares boas, porque tem como base mentalidade de dieta, não ter uma boa qualidade de sono, o sono ele interfere muito no processo de ganho e perda de peso, ter um nível de stress muito alto, ter algum outro transtorno psiquiátrico ali,

descompensado, que não esteja em tratamento, se a pessoa tá fazendo uso de medicações e essas medicações psiquiátricas geram ganho de peso também. Então algumas dessas questões aí são base para as dificuldades que as pessoas têm em perder peso.

**Orador:** Uhum. T.M., no pré-operatório da cirurgia bariátrica, é possível identificar o sofrimento psicológico característico da pessoa portadora da obesidade?

**P3:** Não existe algo que seja característico da pessoa que sofre com obesidade: “ah, isso aqui é um padrão de comportamento da pessoa”, não é assim. Os psicólogos precisam entender que é a sua obrigação conseguir fazer uma excelente avaliação psicológica pré-bariátrica, para conseguir avaliar vários aspectos psicológicos necessários antes da cirurgia e que muitas vezes precisam ser tratados antes da cirurgia. E para ter, inclusive, uma chance maior de um resultado positivo com a cirurgia e avaliar muito bem também o comportamento alimentar. Porque se o paciente tem essa desorganização, com a sua rotina, não prepara alimentos, come o que dá na telha, pede sempre *iFood*, né? Não tem depois como ter grandes chances de sucesso com a cirurgia. Mas a gente tem que fazer uma excelente avaliação psicológica, de aspectos gerais, de comportamento alimentar, em 1 ou 2 sessões é impossível de fazer isso. Tanto que eu ensino meus alunos a fazer avaliação psicológica em no mínimo 5 ou 6 sessões, para ter segurança do que está fazendo.

**Orador:** E como é realizado o procedimento de avaliação do candidato para a cirurgia bariátrica? Como que você faz isso?

**P3:** Então, geralmente o paciente ele chega para a gente porque o cirurgião mandou. Dificilmente é uma pessoa que vem de livre espontânea vontade, porque soube de alguém que fez um preparo psicológico com você e gostou, não. Geralmente é por obrigação, porque a cirurgia bariátrica realizada por SUS ou plano de saúde exige avaliação psicológica. Em particular, não, não precisa da avaliação psicológica. E aí eles deixam a avaliação psicológica para uma das últimas coisas que eles vão buscar. Só que a nossa avaliação é a mais complexa e a mais longa, né? Então, a gente precisa fazer essa avaliação de maneira profunda. Em no mínimo umas 5 sessões e avaliar diversos aspectos, então fazer uma anamnese também para ver todo esse histórico de peso da pessoa de tratamento, fazer uma (sic), montar uma árvore genealógica, tanto de peso quanto de doenças metabólicas, doenças psiquiátricas que existem na família, entender os hábitos da família, entender os hábitos da pessoa, como é alimentação de fim de semana ou durante a semana, que às vezes tem mudanças. A gente precisa investigar autoestima, autoeficácia, sintomas de depressão, de ansiedade, transtornos psiquiátricos gerais, investigar muito profundamente a possibilidade de um transtorno alimentar, especialmente o transtorno de compulsão alimentar. Em torno de 50% dos pacientes que são candidatos à bariátrica, eles têm transtorno de compulsão alimentar, então é um índice altíssimo. E não é uma doença que vai ser, entre aspas (sic), curada com a cirurgia bariátrica. A cirurgia bariátrica não vai curar um transtorno psiquiátrico, então a gente tem que investigar vários fenômenos psicológicos para poder ter essa segurança. Uso de álcool, qualidade de vida, né? Tem uma série de fatores.

**Orador:** E muitos dos seus pacientes ou dos que você já atendeu foram reprovados por não ter estilo de vida adequado?

**P3:** A nossa intenção com a avaliação psicológica não é reprovar a pessoa, é a gente entender como a pessoa funciona para poder verificar se existe alguma condição hoje que esteja descompensada, por exemplo, existem contraindicações para a cirurgia bariátrica, existem *guidelines* de indicação e contraindicação. Um transtorno psiquiátrico que esteja descompensado, ele é um fator de contraindicação para pessoa. Então, se a pessoa tá num processo depressivo, se tem um transtorno bipolar que não tá equilibrado, se tá passando por algum momento de vida muito marcante, tipo, acabou de assumir um novo emprego, se separou, perdeu alguém muito importante, não é o momento adequado para a pessoa fazer a cirurgia. Porque quando a pessoa vai fazer a cirurgia, é importante que aquilo seja a prioridade número 1, 2 e 3 da sua vida. É necessário fazer uma mudança de comportamento, de estilo de vida muito grande. Me lembra a pergunta para eu ver se eu respondi tudo, por favor, Enaiady.

**Orador:** Eu só tinha perguntado se quando o paciente é reprovado, se acontece dele ser reprovado por conta desse estilo de vida, de não estar apto para a cirurgia, como que é isso,

se você tem, sei lá, um número, uma porcentagem de quantos, mais ou menos, são reprovados ou foram reprovados.

**P3:** Não consigo dizer. Dos meus pacientes (sic). O que que é importante entender? A base disso que você precisa entender é o seguinte, que às vezes a contraindicação para a cirurgia, ela pode ser temporária ou ela pode ser por tempo indeterminado. Então uma pessoa tem alguma condição ali: “ah, precisa se adaptar a alguma mudança da vida ou tem algum transtorno psiquiátrico que tá descompensado, tem uma compulsão alimentar, tem uma bulimia e isso precisa ser trabalhado”. É necessário tratar isso, que isso esteja sob controle durante algum tempo para que daí a pessoa possa se submeter à cirurgia bariátrica. Dos meus pacientes já aconteceu de eu dar uma negativa temporária, mas aí foi tratada a questão que era necessário e depois tranquilo, né? E aí é importante dar seguimento no pós-operatório.

**Orador:** E quais critérios de avaliação o psicólogo (sic) quais os critérios de avaliação do psicólogo em relação à condição do paciente para enfrentar os efeitos da cirurgia? O que é que é avaliado? Eu acho que você também já respondeu isso, né? Estilo de vida se não têm nenhum transtorno mental que pode interferir.

**P3:** Uhum é importante a gente avaliar também a rede de apoio. A pessoa tem que ter alguém ali de segurança, que esteja acompanhando todo o processo, que vai passar pelo processo de psicoeducação também junto com o paciente, que esteja muito a par de todas as fases da cirurgia bariátrica para poder realmente cuidar desse paciente. O paciente não tem condições, ou ele pode vir a não ter condições de cuidar de si mesmo e como qualquer cirurgia, é necessário ter acompanhamento.

**Orador:** Sim. É. Você utiliza algum instrumento na sua avaliação pré-operatório? Você poderia citar alguns? Por favor.

**P3:** Sim. A gente pode usar testes psicológicos e aí cada psicólogo tem condições, né? Deveria ter condições de escolher os testes psicológicos que quer utilizar para compor o seu protocolo de avaliação pré-bariátrica. Teste psicológico que eu costumo utilizar é o Beck de depressão e o Beck de ansiedade, que eu gosto muito deles. Voltaram a estar favoráveis aí com uma nova versão. No entanto, você não precisa fazer avaliação psicológica fazendo uso de testes e nem fazendo uso de qualquer tipo de instrumento avaliativo, é possível fazer avaliação psicológica apenas com entrevistas. E isso depende da competência técnica de cada profissional. Como a maioria das pessoas que estão começando na área não tem todo esse conhecimento, essa segurança, o meu protocolo de avaliação ele conta com diversos instrumentos, nem sei te dizer quantos, mas tem, por exemplo, a escala de figuras de Stunkard, para a gente ver como que está a imagem corporal da pessoa, se ela tem uma visão supervalorizada sobre o tamanho do seu corpo ou se ela se vê menor do que de fato ela é. A gente avalia comportamento alimentar, então desde comer intuitivo, comer consciente, a possibilidade de transtornos alimentares com o *Three Factor Questionnaire*, se existe ali alguma possibilidade de uma bulimia a gente pode aprofundar com outro instrumento, que é o *Bite*, que é o *Binge Eating Edinburgh Scale*. Então a gente tem vários instrumentos para utilizar. O AUDIT para avaliar o uso de álcool, o instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQUOL. Que mais? Escala de (sic), escala não. É. Escala de autoestima de Rosenberg, escala de autoeficácia. Tem um monte, né? Que trazem segurança e tem um diferencial nisso. É importante que eu ensino para os alunos é que você não dá um instrumento para a pessoa responder em casa e trazer e você só corrigir, porque isso vai te dar pouca informação, o importante é você aplicar um instrumento e utilizar como uma entrevista, porque assim você pode ir linkando com coisas que viu na anamnese, confirmando informações. Às vezes a pessoa fala: “ah, eu era assim antigamente”, aí você já sabe como era o padrão do comportamento antes em alguma outra fase de vida e tal. Então, a riqueza dos instrumentos é a gente usar como um guia para conhecer melhor, de uma maneira mais profunda, os pacientes. E todos esses instrumentos que eu coloco no meu protocolo, eles estão aí de livre acesso à população, né? Aos profissionais da saúde, pode ser utilizado, não tem custo nenhum. Mas é importante selecionar instrumentos que são traduzidos e validados na população brasileira, de preferência instrumentos que são utilizados, que foram desenvolvidos para avaliar a população com obesidade. Então, todos esses detalhes aí são importantes da gente ter em mente.

**Orador:** Uhum. Eu só queria fazer uma pergunta a respeito disso ainda é, você falou sobre o seu protocolo, então quando tem os seus alunos, que compram o seu curso, então você ensina, dá toda



gama aí, você sugere todos esses testes para eles, porque né, não tem muita experiência. Mas para você, na sua prática clínica, como você já tem mais experiência, você costuma utilizar a escala beck para ansiedade e depressão?

**P3:** Não, eu uso conforme eu sinto necessidade. Não existe uma obrigatoriedade de nada, então vai realmente da competência técnica de cada profissional. Às vezes eu pego e aplico o Beck para eu ver como que tão alguns sintomas que eu fiquei na dúvida, se tem ali maiores índices de uma depressão, às vezes eu uso outros instrumentos de imagem corporal, por exemplo, sempre aplico. Então, instrumentos que a gente avalia comer intuitivo, comer consciente, para ver qual é o potencial dessa pessoa, dela conseguir fazer essa transição e a gente trabalhar de uma maneira bem focada no padrão de comportamento alimentar, desenvolver um poder mais consciente nela para ter maiores chances de sucesso com a cirurgia.

**Orador:** Entendi, então depende do paciente e da necessidade que você vê que cada um precisa. E quantas sessões são necessárias, em média, para avaliação e posterior emissão do laudo?

**P3:** Pra fazer uma boa avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica e avaliar vários aspectos psicológicos necessários, em torno de 6 a 8 sessões. Se o paciente apresentar um quadro mais grave de algum transtorno psiquiátrico que precisa aprofundar em alguma avaliação específica ou mesmo no comportamento alimentar, ou qualquer outra demanda que exige um pouco mais de tempo de investigação para que o psicólogo se sinta seguro no que ele está fazendo, pode aumentar esse número de sessões. Assim como se você já tem um paciente que flui bem, que às vezes é um paciente que já tá em acompanhamento psicoterapêutico, nutricional, às vezes você consegue inclusive fazer em menos. E uma coisa que é importante assim, o laudo psicológico, ele é um resultado de tudo o que você fez na avaliação, então vai colhendo dados na avaliação, com anamnese, com instrumentos, testes psicológicos etc., e o laudo nada mais é do que uma análise que você faz para conseguir entender se o paciente está pronto, apto ou não para fazer a cirurgia nesse momento. E é um processo que faz em separado, o nosso trabalho quando a gente não está atendendo.

**Orador:** Tá. Durante o processo de avaliação do candidato existe uma comunicação e decisões em conjunto entre os profissionais da equipe multidisciplinar.

**P3:** Não é necessário que tenha uma interdisciplinaridade na avaliação psicológica, é necessário, é fundamental que, para que o paciente tenha sucesso na cirurgia, haja esse trabalho interdisciplinar no pós-operatório. Se houver tempo de fazer preparo, o preparo psicológico prévio também. Mas para avaliação não. É necessário se o paciente tem algum aspecto que não tá adequado, então, por exemplo, se o paciente tem um transtorno de compulsão alimentar, transtorno de compulsão alimentar mesmo, e não episódios esporádicos de compulsão, e esses episódios acontecem com uma alta frequência que, com a chegada das cirurgias estão intensificando etc., é importante conversar com a equipe, né? Conversar do cirurgião. Se o psicólogo acha que naquele momento não é adequado ele fazer a cirurgia para poder tratar, o TCA e que ele esteja com condições físicas de esperar, então é necessário sim conversar daí com a equipe toda para colocar a sua opinião, colocar as suas percepções e os resultados que foram colhidos da avaliação. Então, a gente tem embasamento para poder é justificar se a gente acha que o paciente está pronto ou não está pronto para a cirurgia.

**Orador:** Entendi. E de qual forma a equipe multidisciplinar pode trabalhar em conjunto para o bem-estar do paciente?

**P3:** Isso falando no bem-estar geral, a qualquer momento de qualquer etapa da cirurgia bariátrica ou falando do pós?

**Orador:** Você pode falar tanto do pré, quanto no pós.

**P3:** Tá, então o trabalho interdisciplinar, né? Bom, é importante a equipe trabalhar de maneira interdisciplinar. Então, se às vezes o psicólogo não conhece o restante da equipe, nunca trabalhou com aquele cirurgião, não conhece a nutricionista etc., é importante ele se apresentar já no início da avaliação. Então entrar em contato com os profissionais, falar: "ah, eu sou fulana de tal, eu sou psicóloga, eu trabalho com avaliação, acompanhamento, preparo pra cirurgia bariátrica, eu que vou

acompanhar o fulano, então queria me apresentar pra gente poder trocar figurinhas aí sobre o caso”. Então fez uma apresentação inicial, um primeiro contato, aí vai fazendo a avaliação e vai sentindo se tem alguma demanda ali para ser trabalhado com a equipe, como por exemplo: “puxa, me parece que tem aqui uma compulsão alimentar”, ligar para nutri: “nutri percebi isso aqui, nas suas avaliações com ele, sentiu isso? O que que você pode observar e tal, que que você acha da gente tentar aí um tratamento, dar algumas semanas de tratamento para ver como é que as coisas ficam para você também poder confirmar essa minha hipótese de diagnóstica”. Então a gente pode trabalhar dessa maneira antes e a questão da compulsão alimentar é só um exemplo. Talvez seja um dos exemplos mais importantes, porque em torno de 50% dos candidatos a cirurgia bariátrica preenchem critérios para transtorno de compulsão alimentar. Então a gente tem que tomar cuidado e aí propor esse trabalho interdisciplinar para que o paciente possa entrar (sic), ter os sintomas do TCA em remissão, para que ele possa modificar comportamento alimentar, possa mudar a sua relação com a comida e que ele esteja realmente no controle da situação. Então, muitas vezes isso é necessário previamente mesmo. Durante o período em que o paciente já tem os laudos, tá internado, fez a cirurgia, tá ainda no hospital, não recebeu alta do hospital, é importante também a gente ter esse contato com a equipe, porque às vezes a família precisa de algum suporte, tem alguma dúvida sobre alguma orientação, tem alguma dúvida sobre algum mal-estar que o paciente está apresentando e, às vezes, como eles passam mais vezes com a gente do que com outros profissionais, às vezes, é justamente com o psicólogo que o paciente vai se sentir mais à vontade para se queixar de algo que seria de outro profissional resolver, e aí gente faz esse meio de campo, obviamente, a gente não aconselha nada que não seja da nossa alçada, mas a gente vai encorajar o paciente e encorajar a rede de apoio a buscar aquele profissional que vai dar a orientação mais adequada. E aí, no pós-operatório, interdisciplinar, trabalhando a mudança de comportamento alimentar e estilo de vida, a adoção a medicamentos, se o paciente precisa de algum medicamento, aos suplementos, que todos os pacientes precisam por tempo indeterminado, a se adaptar em todas as etapas da dieta pós-operatória, a seguir o acompanhamento com a equipe. Às vezes o paciente fica com um psicólogo para tratar algumas questões emocionais, mas abandona o resto da equipe e é necessário passar sim com uma certa frequência com a equipe toda para poder acompanhar, tanto pós-operatório, para avaliar o corpo mesmo, se tá se adaptando bem ou não à cirurgia, à alimentação, como que tá indo, mas para poder seguir a vida a partir de agora, porque a gente tá falando de uma doença que é crônica, que não tem tratamento. E ninguém faz um tratamento, por exemplo, para diabetes: “ah, tô tomando insulina, aplicando insulina, beleza, agora pronto, tchau, tchau, equipe, não quero saber de mais ninguém”, não existe isso. Então essa é uma parte também de psicoeducação que a gente precisa reforçar muito. Todo o mundo trabalhar para conscientizar as pessoas de que não é sem vergonhice, não é comer demais, é uma doença e precisa tratamento para a vida toda.

**Orador:** Aham. E qual que é a relevância dos laudos emitidos pela equipe multidisciplinar para subsidiar o laudo psicológico?

**P3:** Da equipe como um todo é a gente saber como que o paciente tá de saúde física. Então saber se existe alguma comorbidade que esteja (sic), se tá sob controle essa comorbidade, se não está, às vezes é justamente por uma comorbidade que os médicos não estão conseguindo controlar que a cirurgia bariátrica é indicada. Então, por exemplo, casos de pessoas com diabetes que não conseguem controlar o diabetes e que aí a cirurgia bariátrica metabólica, nesse caso é indicada, então é importante a gente saber do restante da equipe, como que estão os exames, saber é qual o posicionamento daquele profissional a respeito da liberação para a cirurgia bariátrica. Então esse é o mundo ideal, na prática não é assim que acontece, né? Mas pelo menos, colher essas informações vindas do paciente e da rede de apoio é obrigatório.

**Orador:** Entendi e na sua vivência clínica, quais as demandas apresentadas pelo paciente no pré-operatório relacionadas à obesidade?

**P3:** Principalmente a questão do comportamento alimentar. Então a maioria das pessoas, a gente vê que elas são bem desconectadas dos sinais fisiológicos de fome, saciedade, já vem extremamente calejadas de dietas, dietas restritivas, já vem com uma autoestima muito baixa, achando que elas são culpadas pela sua condição, que ela só tem obesidade por (sic) em decorrência do seu comportamento mesmo. Então a gente conseguir trabalhar para tirar essa culpa das costas do paciente, ajudá-lo a buscar profissionais que entendem que não é culpa do paciente e que tem um discurso diferente daquilo: “ah, que bom que fulano tá passando com a psicóloga, porque ai tem que mudar a cabeça, né? Se não mudar a cabeça, não vai emagrecer nunca. Não é um tratamento

estético, né? E aí um profissional pegar e jogar assim: “nossa, que bom que você vai resolver o problema, porque o problema está na cabeça”, o problema não está na cabeça, é um problema metabólico, é um problema genético, existem várias causas da obesidade que a gente não tem controle nenhum, a gente psicólogo, o paciente, algumas especialidades médicas também, não. Então é um conjunto realmente de profissionais trabalhando em equipe interdisciplinar, discutindo o caso mesmo, pensando no que é melhor para aquele paciente, que realmente daí a gente consegue colocar a obesidade sob controle. Que outras demandas existem? Muitos pacientes chegam com uma ansiedade, depressão importantes e que muitas vezes a gente precisa tratar antes. Então, por isso que a avaliação psicológica é fundamental. Mas acho que são esses os pontos principais. Então fazer psicoeducação, tirar a culpa das costas do paciente, primeira coisa. O paciente entender que é um tratamento para toda a vida, que a cirurgia, ela não é um fim em si mesma, ela não vai gerar um milagre: “agora você tá curado”, não, nada disso, é só mais uma tentativa, é só mais uma estratégia. Discutir o caso, fazer planejamento de tratamento com a equipe. Outra coisa importante, a rede de apoio, a gente preparar a rede de apoio para realmente ser apoio. É tão simples o nome, é uma rede de apoio, mas ser apoio de verdade e a gente já normalizar comportamento alimentar do paciente, então cuidar com a mastigação, cuidar com a deglutição, cuidar com os horários. Então já começa a ter um comportamento alimentar mais normalizado que a gente vai trabalhando com ele semana a semana para normalizar isso, para ter realmente o comportamento alimentar como prioridade na sua vida, né? Isso é fundamental, além de tratar qualquer questão emocional que esteja ali, seja compulsão, ansiedade ou depressão, que são as patologias mais frequentes.

**Orador:** Sim. A próxima pergunta seria, como essas demandas são trabalhadas e superadas? Você já respondeu, né, junto com a pergunta anterior.

**P3:** Uhum.

**Orador:** Então, de forma geral, os pacientes bariátricos tendem a continuar com o atendimento pós-aprovação pra cirurgia, ali com o psicólogo?

**P3:** Pós-aprovação para cirurgia, em alguns casos seria o preparo psicológico, né? Antes ainda da cirurgia, alguns sim, alguns não. A gente não tem dados precisos para falar: “puxa, tantos por cento acompanham, tantos por cento não acompanham”, e no pós-operatório (sic) é relativo ao pós-operatório também ou não?

**Orador:** Isso.

**P3:** No pós-operatório depende muito. Mas uma coisa Enaiady, que eu percebo, já dando o curso de cirurgia bariátrica pra psicólogos já a mais de 15 anos, né? E a gente tendo já perto de 1000 alunos, eu percebo que assim, o que é muito comum de acontecer é o seguinte, quando o psicólogo faz uma excelente psicoeducação, ensina para o paciente o que que é obesidade, como deve ser o tratamento, mostra o quanto a gente não tá ali para julgar, mas que a gente tá para ajudar no que o paciente precisar, que existe sim, uma área da psicologia que vai tratar o comportamento alimentar, que vai tratar a obesidade, que a gente tem recursos, tem ferramentas para isso, o paciente já fica muito mais confiante, ele sente que ele distribui esse fardo que ele carrega com a gente e com outros profissionais que tem a mesma visão, então, quando isso acontece, existem chances muito maiores do paciente fazer o preparo psicológico e de seguir no acompanhamento pós. Uma coisa que eu vejo muito, como eu recebo muita gente que vem para mim ou porque quer tratar para evitar a cirurgia, ou que fizeram a cirurgia e já estão num processo de reganho de peso (sic). É, mas vendo pelas minhas alunas que daí elas têm, um volume muito maior, a gente juntando todo mundo, tem um volume muito maior de pacientes e tal, quando existe então essa psicoeducação, eles falam assim: “puxa vida, eu vou ter que fazer com a outra porque é mais barato, agora não vou poder pagar, mas eu quero seguir com você no pós e vem por pós com elas. Ou então: “ah, porque eu tenho pressa, a outra vai fazer em uma sessão só”, faz avaliação (sic), isso é, nossa, muito frequente de acontecer, faz avaliação (sic) desculpa o termo, mas com qualquer psicólogo, que faz um péssimo trabalho, uma avaliaçãozinha em uma sessão, só para ter o laudo, e aí começa já todo o trabalho de comportamento alimentar, de mudança de estilo de vida, de aprender a ressignificar regras familiares, a fazer regulação emocional, daí já vem, realmente começam tudo isso antes mesmo da cirurgia, quando existe tempo, senão eles aderem no pós-operatório.

**Orador:** Entendi. Então tem aprovação, tem o preparo psicológico e depois da cirurgia tem acompanhamento pós?

**P3:** Uhum. É que o pós-operatório a gente pode fazer 2 coisas, a gente pode tanto fazer um acompanhamento psicológico, em que a gente vai trabalhar exclusivamente comportamento alimentar e mudança de estilo vida, então a relação da pessoa com a comida em si, ou então a gente vai fazer uma psicoterapia com foco no comportamento alimentar. Então no acompanhamento a gente vai trabalhar basicamente comportamento alimentar e o que estiver envolvido ali. Na psicoterapia, a gente vai trabalhar tudo isso e mais demandas psicológicas que esse paciente tenha. Então, se ele é border, se tem um transtorno bipolar, se tem um quadro de ansiedade e depressão que exige ficar monitorando e tal, para ver se fica tudo sob controle após a cirurgia, então a gente vai para a psicoterapia com foco no comportamento alimentar. E aí, como a base é TCC a gente consegue dividir a sessão pra trabalhar as 2 coisas, né? Pra fazer mudança de comportamento alimentar e pra acompanhar as questões emocionais. Uma coisa que pode ser feita também é a gente fazer o acompanhamento de mudança de comportamento alimentar e se o paciente já tinha uma equipe anterior com psiquiatra, com um psicólogo, que pra quem tem um transtorno psiquiátrico, geralmente é isso que acontece, dá para seguir com essa equipe cuidando dessas demandas psiquiátricas e seguir com a gente só para o comportamento alimentar. E de qualquer maneira, a gente trabalha interdisciplinarmente, então, sempre discutindo, vendo o que está acontecendo, porque às vezes a gente percebe uma mudança no comportamento alimentar: “ah, tá tendo uma predileção por doces, tá comendo mais alimentos crocantes”, que tem a ver com algumas questões emocionais, a gente conversa com o nutricionista, conversa com a psicóloga que já acompanha, porque aí a gente consegue também sinalizar alguma coisa que talvez não esteja legal, que precisa ser tratada e vice-versa.

**Orador:** Entendi. Quais os fatores você acredita estarem associados ao paciente que não continua o tratamento? Pós-cirurgia, lá com o psicólogo.

**P3:** Tem muito a ver com uma psicodução malfeita, e o paciente não compreender que ele precisa seguir com a equipe, tá? Então isso a gente vê muito acontecendo ainda hoje em dia, mesmo que a cirurgia já tenha décadas sendo feita no Brasil. E que muitas, muito (sic), parece que muito se fala sobre obesidade, sobre a bariátrica, mas não se passa a informação de qualidade, informação real. Então eu sinto sim, que a grande falha é dos psicólogos, é da equipe como um todo, em fazer uma excelente psicoeducação e eu realmente trago essa responsabilidade para a gente, porque a gente vê todo psicólogo se queixando: “ah, porque o coach tá fazendo isso, não sei o que, tá fazendo aquilo e tal”, mas cadê a gente fazendo o nosso trabalho? Cadê a gente passando informação de qualidade para a comunidade. Então precisa (sic), faz a pergunta, Enaiady, por favor.

**Orador:** Quais os fatores você acreditarem associados ao paciente que não continua o tratamento?

**P3:** Tá. Então, em primeiro lugar, ele não entender qual é a necessidade de seguir o acompanhamento pós-operatório, ele não ter trabalhado um pouco, pelo menos, de comportamento alimentar, que daí já mudou um pouco, já sentiu os efeitos positivos daquilo e ter o desejo de seguir. Às vezes a questão financeira mesmo, porque o tratamento da obesidade é um tratamento muito caro. Mesmo que o paciente faça cirurgia por plano ou pelo SUS, ele vai gastar uma grana com suplementos, muitos profissionais não atendem por plano e aí tem que seguir, né? Uma coisa é fazer avaliação, outra coisa é seguir daí semanalmente ou quinzenalmente, mensalmente, né? Às vezes com nutricionista é mensal. Então isso tudo vai encarecendo. A própria (sic), é, o próprio gasto com roupas, o próprio gasto que o paciente vai começar a ter, porque ele começa a ter outros prazeres na vida. A própria compra de roupas é uma coisa que acontece muito, especialmente com as mulheres: “puxa, agora eu posso comprar a roupa que eu quero comprar e não a que serve em mim. Então a questão financeira é algo que pega muito e por isso que eu incentivo muito as minhas alunas a não trabalharem exclusivamente o trabalho um a um no consultório, com o acompanhamento ou com a psicoterapia, incentivo muito que façam programas de WhatsApp para dar um acompanhamento, “ai, não é o ideal”, não, não é o ideal, mas a gente faz aquilo que é possível pro paciente. Trabalhar com grupos, pós-operatório, pode ser presencial, pode ser online. Então tem várias formas de prestar um serviço de qualidade e que caiba no orçamento de cada paciente em específico.

**Orador:** Sim, tá ótimo. Quais as demandas apresentadas pelo paciente no pós-operatório relacionadas aos efeitos da cirurgia?

**P3:** Como sequela física eu não tenho como falar grandes coisas, porque daí seria da parte médica mesmo. Mas pensando na parte mais comportamental, emocional, é, são adaptações, né? Então, adaptação à dieta. Um cuidado muito importante de ter sido feito uma boa avaliação para ver se esse paciente tinha transtorno de compulsão alimentar, se ele tinha um transtorno personalidade, é, se ele era border, se era bipolar. Por quê? Porque esses são transtornos que têm a ver com o controle de impulsos, então, quando o paciente tem algum problema de controle de impulsos, ele está mais suscetível a ter compulsão alimentar prévia, que às vezes não foi bem diagnosticada, mas a gente faz uma avaliação retrospectiva para ver se tinha ou não tinha. Às vezes não só isso, né? Um comportamento beliscador ou então uma síndrome do comer noturno. Então tem que investigar muito a fundo o comportamento alimentar. Quando o paciente tem problema no controle de impulsos, ele tem maiores chances de depois da cirurgia, e infelizmente isso não são dados que estão bem fundamentados na literatura, mas a gente observa clinicamente, porque faltam pesquisas mesmo, né? Mas a gente acaba observando que esses pacientes, eles têm uma possibilidade, uma chance maior de desenvolver a síndrome dos alimentos moles, que é quando a pessoa começa a ter uma alimentação pastosa e muitas vezes, uma alimentação pastosa pra doces. Então, troca as refeições por sorvete, por Nutella, por doce de leite, leite condensado, agora a gente tem o leite condensado que você chupa ele direto, que ele é um sachê. Então isso é muito delicado, por que daí o que é que acontece? O paciente tá perdendo peso e às vezes o cirurgião vai falar: “ah, tá ótimo, olha só o peso tá lindo, agora tá com o peso eutrófico aqui na tabela do IMC”, mas a qualidade da alimentação tá péssima. Às vezes o paciente mesmo está se sentindo péssimo emocionalmente, às vezes se arrepende de ter feito a cirurgia, simplesmente porque não foi feita uma boa avaliação, não foi feito um bom preparo. Às vezes não tá sendo feito um acompanhamento pós, então essas causas são muito frequentes da gente observar e aí pode sim, essa questão da impulsividade, drenar para outras coisas, então começar a ter descontroles com compras, descontrole com uso de telas, sexo e mesmo pra alimentação, daí desenvolvendo essa síndrome dos alimentos moles ou um comportamento beliscador. Então pode acontecer sim, ou então ter uma compulsão alimentar, mas que não vai ser o mesmo volume de comida, mas a sensação é a mesma, de falta de controle, de vergonha etc.

**Orador:** Tá ótimo. Como o psicólogo contribui com as demandas trazidas no pós-operatório?

**P3:** Vai tratar. Qualquer demanda que o paciente traga, vai tratar, vai ver se você tem competência técnica para tratar aquilo, se você tiver competência técnica, beleza, trata. Se não tiver competência técnica, encaminha para alguém que possa tratar adequadamente. Às vezes é algum tratamento que exige um acompanhamento psiquiátrico junto ao psicólogo, às vezes com um terapeuta ocupacional. Então a gente pode encaminhar e também tratar aquilo que for da nossa alçada tratar.

**Orador:** Quais as dificuldades encontradas durante o acampamento pós-cirúrgico?

**P3:** Quais as dificuldades encontradas no acompanhamento pós cirúrgico? Acho que a gente já respondeu um pouco disso. É. Muitas vezes os problemas que aparecem no pós são advindos de uma (sic), do que eu falei, de uma falta de uma psicoeducação adequada, mas às vezes também do paciente não se responsabilizar pelo processo. É uma coisa que a gente escuta muito, muito, muito frequente: “ah, não se preocupe, depois que eu fizer a cirurgia, eu vou fazer tudo direitinho”. Mas o processo da cirurgia não começa no pós-operatório, começa naquele momento, porque naquele momento a gente já pode passar algumas orientações que estão atreladas ao preparo, a consciência com o que está comendo, a distinção sobre o tipo de fome que sente. Então, os problemas que a gente vê no pós, eles têm muito a ver com o que deveria ter sido feito já no pré-operatório. Às vezes a gente tem problemas familiares também, famílias mais sabotadoras, que não são de apoio, que acabam daí sacaneando um pouco o paciente: “ah, a gente vai comer pizza e você que se dane, porque você que fez cirurgia, eu posso comer”. Ou então famílias que ficam muito em cima: “você não pode comer isso, não pode comer sobremesa, você fez bariátrica, como que agora você está aí comendo? Ah, você não está emagrecendo tanto quanto deveria”. Então essas são coisas que acabam prejudicando bastante o pós e tem pacientes que quando não tem um acompanhamento psicológico, nutricional adequado, inclusive daí desistem do tratamento por pressão da família, pressão, cobrança.

**Orador:** A próxima pergunta eu acredito que você já tenha respondido também, que é, após a cirurgia quais resistências o paciente tende a manifestar? Como elas são identificadas e trabalhadas? Já respondeu, né?

**P3:** Sim, vamos pensar mais especificamente nessa questão de resistências. O que o paciente que não está preparado para a cirurgia, ele resiste muito, é na mudança do comportamento alimentar, mudança nas escolhas alimentares, especificamente, não do comportamento alimentar, mas das escolhas, que daí às vezes ele vem assim: “ah, agora eu fiz a cirurgia, eu vou comer menos, mas eu não quero abrir mão de comer x,y ou z”. Quando a pessoa faz a bariátrica e da maneira como eu trabalho, baseado na TCC, no *mindful eating*, no *intuitive eating*, não tem alimento que seja proibido para o paciente, salvo se aquele alimento faz mal para o paciente, gera um *dumping* e tal, mas não tem nada que seja proibido, o problema é a maneira como a pessoa interpreta aquilo: “ah, agora vou conseguir comer menos, vou emagrecer, mas eu vou continuar comendo”, tá, qual é a função daquele alimento? Então, a resistência que às vezes pode acontecer é do paciente não aderir ao tratamento, porque daí, no tratamento psicológico, a gente vai trabalhar com a função da comida em certos momentos, como que pode trabalhar aquela necessidade emocional de uma outra forma que não seja com comida, né? Então, essa falta de responsabilização pelo tratamento é algo complexo e que a gente vai tratar isso. Se a gente que fez a avaliação psicológica e se pode fazer um preparo mínimo, se esteve ali com um paciente, sei lá, no mínimo uns 3 meses, tem alguma coisa falha na nossa, no nosso posicionamento. Mas às vezes é uma resistência, às vezes até pelas regras e dieta que a pessoa já passou, sabe? “Ah, é 8 ou 80, ou eu como tudo, ou eu como nada, com a cirurgia vou poder comer um pouco, então perfeito, fechou, vou poder comer de tudo o que eu quero”. E a gente vai devolver pro paciente algo que às vezes ele perdeu na infância, que é liberdade e autonomia na relação com a comida, que é a autonomia de perceber: “puxa, que que eu estou sentindo nesse momento? É uma fome fisiológica, emocional, específica? Como é que eu vou dar conta disso?” Se é específica, eu sei exatamente o que eu quero comer. Então vai lá, prepara, come com prazer, vai comendo com prazer, degustando bem, é muito mais difícil sentir culpa, se é uma fome fisiológica, fome fisiológica, qualquer comida serve, então vai comer o que tem, vai comer o que é para comer naquela refeição, o que está programado. Que está programado não por causa da dieta, mas porque foi o que esse paciente mesmo programou para comer naquela refeição, porque ele tem o seu cardápio, ele consegue se organizar melhor. E se é emocional, é entender qual é a função da comida naquele momento, porque é que eu quero comer isso agora, né? É por ansiedade, é por tédio. Porque se a gente não muda a relação que a pessoa tem com a comida, a cirurgia, ela tá fadada ao fracasso. Pode ser que a pessoa não tenha reganho de peso, beleza, mas só estar magro não é sinal de sucesso para a cirurgia, só estar magro e não ter retorno de comorbidades fisiológicas também não é sucesso de cirurgia, sucesso de cirurgia é o paciente se sentir livre, é ele ter atendido todos os critérios de saúde, estar bem realmente, ter remitido comorbidades, estar com um peso que é um peso ok para ele, que nem sempre vai ser o peso eutrófico, mas que é um peso que melhora a sua mobilidade, possibilita exercícios físicos, não prejudica relações sexuais, que é possível que ele faça a sua higiene sozinho. Então a gente tem todos esses critérios que a gente precisa atender, mas a gente precisa olhar também para a relação que a pessoa tem com a comida e qual é a função da comida na vida da pessoa. Porque aí sim a gente consegue desenvolver essa autonomia e a liberdade, a liberdade de poder comer o que está com vontade de comer naquele momento, porque consegue perceber que o corpo dá diversos sinais de que: “ai, já deu de comer, não quero mais, já tô satisfeito”.

**Orador:** É, a pergunta 22 é, como são identificadas e trabalhadas, ainda falando sobre as resistências, aí você falou psicoeducação, né? Mais alguma coisa para acrescentar nessa resposta?

**P3:** Todas as estratégias de *mindful eating*, de comer consciente, do *intuitive eating*, estratégias da TCC. Então trabalhar auto responsabilização é algo que a gente trabalha na TCC, a organização da sua rotina diária, então, ter o dia que vai fazer compras, se vai cozinhar, ter o dia que vai cozinhar, ter o tempo no dia em que vai preparar os seus lanches, preparar a sua lancheira. “Ah, T.M., mas você tá dizendo que então para fazer a bariátrica tem que viver na cozinha?” Não, não precisa, hoje a gente tem em várias cidades grandes, empresas que fazem toda a refeição, tanto no pós-operatório imediato do paciente bariátrico, quanto de longo prazo. A pessoa pode contratar alguém para vir em casa uma vez na semana para cozinhar, pode pedir ajuda para familiares, pode ter um restaurante ali que sabe que a é comida gostosa. A gente tem comida de qualidade industrializada, mas que não é ultraprocessada, que não recebeu um monte de aditivos químicos e que isso facilita a vida. Então existem recursos para a gente trabalhar com as resistências.

**Orador:** E as resistências, elas são identificadas a partir daquilo que o paciente traz, né?

**P3:** Não, são identificadas a partir de avaliação psicológica que aconteceu antes da cirurgia. Porque quando a gente vai fazendo a avaliação, as resistências vão surgindo, porque resistência nada mais é do que um reflexo do padrão de comportamento e pensamento do paciente, então a gente vai perceber tudo isso já na avaliação psicológica. Se o paciente vem no pós-operatório, a gente pode também pegar e fazer avaliação psicológica retrospectiva, para conhecer melhor como esse paciente funciona, para que a gente possa prevenir problemas, para que a gente possa prevenir recaídas e para que a gente possa tratar aquilo que era disfuncional anteriormente e que provavelmente vai voltar a ser disfuncional assim que sair da (sic), que voltar para a dieta sólida.

**Orador:** Que interessante! Então, a avaliação ela serve tanto antes da cirurgia para saber se o paciente pode passar por ela e depois também pro pós, né? Muito legal.

**P3:** Sim, você pode inclusive refazer a avaliação, aplicar algum instrumento específico de tempos em tempos, para acompanhar como está aquele aspecto psicológico. Então, tem problema com imagem corporal? Vai trabalhando, né? A imagem corporal, por exemplo, a gente usa a escala de figuras de Stunkard, que são figuras desde uma mulher com obesidade grave até uma mulher com anorexia, uma anorexia grave. Então a gente vai avaliando como que a pessoa está se enxergando em cada etapa, em cada fase ali do processo pós-operatório. A gente tem recursos fantásticos que podem ser muito mais explorados do que os psicólogos costumam explorar.

**Orador:** Quais são as consequências que podem acarretar ao paciente que interrompe o acompanhamento psicológico?

**P3:** Que tipo de coisas vocês pensaram para formular essa questão?

**Orador:** Eu acho que ela tá um pouco vinculada com aquela do porquê que ele não continua o tratamento psicológico.

**P3:** Então, de novo, muito mais psicoeducação, falta de dinheiro, falta de ter um serviço que atenda às necessidades do paciente.

**Orador:** Sim. Quais aspectos psicológicos você acredita estarem envolvidos nos casos em que o paciente tem um reganho de peso?

**P3:** Não existe um perfil do paciente que tem reganho de peso, mas são pacientes que eles não têm tanta consciência de como é o tratamento global da obesidade. Às vezes passam por profissionais que não trabalham de uma maneira interdisciplinar, às vezes tá cada um só cuidando do seu. Às vezes vão passar com um psicólogo que só faz avaliação psicológica e a gente tem profissionais que só fazem avaliação, não faz acompanhamento pós e não tem problema nenhum nisso, mas é importante que esse profissional explique o porquê do acompanhamento pós-operatório. A falta de dinheiro, às vezes até falta de tempo, porque precisa voltar a trabalhar num ritmo mais acelerado, às vezes. Então são vários e vários fatores que contribuem. Às vezes, até algum problema psiquiátrico mesmo, tá numa fase (sic), tá caindo em depressão, e aí tá sem a coragem, sem o ânimo, sem a motivação, como os pacientes em depressão costumam falar, pra ir até o consultório para conversar, para fazer mesmo que seja a sessão online, então por isso que a gente tem que estar muito alerta e saber muito bem do histórico do paciente para que a gente possa prevenir situações que ele não precisa passar ou que pode passar de uma maneira muito mais branda.

**Orador:** Uhum. Tá. A que se atribui esses aspectos psicológicos? É tipo o motivo disso.

**P3:** Eu acho que é dentro do que eu expliquei, né? Às vezes pode ser um transtorno psiquiátrico mesmo, que já existia previamente. Às vezes pode ser uma condição de vida mesmo. Às vezes a falta de apoio dos familiares, falta de dinheiro. Às vezes outras mudanças que acontecem, perdeu o emprego, mudou de cidade, por qualquer motivo que seja, às vezes perdeu uma pessoa super importante, passando por um luto, comum acontecer também. Então são dos mais variados possíveis.

**Orador:** Tá. Quais alternativas para alterar essa situação? Você poderia citar algumas?

**P3:** Psicoeducação e a gente ter campanhas, né? As prefeituras, o Sistema Único de Saúde, fazer campanhas, fazer muito mais divulgação a respeito de como é o tratamento da obesidade, como que ele deve ser feito em equipe interdisciplinar, a conscientização de que é para a vida toda. Então, a gente tem um trabalho muito mais político para ser realizado. Mas a gente de maneira micro, pode fazer isso quando você atende num consultório particular, por exemplo, você ter cartilhas explicando para o paciente o que que é a obesidade, como que trata, o que que é culpa dele, o que que não é, né? As pessoas costumam: “ah, mas é culpa minha, que não sei o que”, não. Então tirar tudo isso, né? Então a gente faz um trabalho micro. Às vezes, para quem trabalha em uma equipe um pouco maior, promover palestras mensais, de conscientização sobre o que é obesidade, como é o tratamento através da cirurgia bariátrica, quais são as alternativas de tratamento que existem e que essas palestras fossem abertas à comunidade. Então, não só os pacientes daquela equipe, as faculdades fazerem mutirões, então tem todo um trabalho que as faculdades podem fazer, que tem força para fazer. Só não tem muitas vezes o profissional ou professor que seja especializado no assunto, né?

**Orador:** É. Você possui uma especialização técnica para atender pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia? Se puder falar um pouquinho sobre as especializações que você tem, cursos e tal.

**P3:** Tá. Eu fiz pós-graduação em transtornos alimentares e obesidade na Faculdade de Medicina do ABC, em 2007. Fiz diversos cursos na área, então não sei nem relatar todos que eu já fiz, porque tudo o que tem transtorno alimentar, obesidade, eu sempre fui fazendo, desde o segundo ano de faculdade, então são 22 anos estudando a área. Mas recentemente eu fiz a formação *mindful eating* do programa MB-EAT, que é o programa mais antigo que existe de *mindful eating* e foi em 2018. Fiz também uma formação em comer intuitivo, que é o *intuitive eating*, pelo CEBRATA aqui do Brasil, diretamente com a Evelyn Tribole, que é uma das idealizadoras do programa. Então, mais focados em comportamento alimentar ou obesidade mais recentes, assim são esses que eu me lembro. Aí eu sempre vou, né, pra congressos etc. Hoje a gente já tem algumas pós-graduações na área, então tem pós-graduação na área do comportamento alimentar e obesidade, tem alguma coisa em cirurgia bariátrica, mas geralmente são voltados para nutricionistas. Então pra psicólogos a gente tem uma demanda gigantesca e a gente não tem muitas opções. Tem pessoas aí que vão para esses cursos, mesmo que sejam focados na nutrição. Aí tem a minha capacitação, né, que é a capacitação em psicologia e cirurgia bariátrica do preparo ao pós-cirúrgico, é uma capacitação com mais de 100 horas, ela é reconhecida pelo MEC e toda online.

**Orador:** Muito legal! De qual forma você acredita que essa especialização pode contribuir positivamente e ser um diferencial para os atendimentos com pacientes bariátricos?

**P3:** Pensando no geral, né? Não pensando só na mínima, mas pensando no geral. Se ensina o psicólogo como tratar comportamento alimentar, como ajudar o paciente a modificar a rotina, estilo de vida, como ter hábitos alimentares mais saudáveis, é o que é necessário para tratar o paciente. Fundamental, é indispensável, principalmente porque a gente não aprende na faculdade como tratar essa patologia e nas pós-graduações gerais, né? Você vai fazer uma pós em TCC, em DBT, em qualquer outra abordagem, nenhuma pós-graduação ensina a tratar obesidade. Vai ensinar a tratar transtorno alimentar e eu sou professora de pós-graduação na cadeira de transtornos alimentares, mas é sempre uma aula de 1 dia, 2 dias só e se não der tempo para a gente ensinar comportamento alimentar, né? E é importante dominar comportamento alimentar, além da obesidade em si, então tem um rol de competência técnica que é necessário para realmente conseguir ajudar os pacientes.



## **ANEXO D - Transcrição da entrevista 4**

**Nome:** C.S.

**Idade:** 55 anos

**Abordagem:** Psicanálise

**Formação Acadêmica:** Bacharel em Psicologia e Psicóloga

**Especializações (Pós, cursos):** Especialista clínica, mestre e doutorada

**Área de atuação atual:** Clínica e Jurídica (Perícia)

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** 33 anos.

**ORADOR:** Então vamos lá, né? Então pra gente começar, C.S., a gente queria entender o quais você acredita que são os fatores psicológicos que podem estar influenciado associado à obesidade?

**P4:** Acho que vários. Vários fatores psicológicos estão influenciando a obesidade tem a base genética que pode estar dando a predisposição, porém, o que favorece né, o desenvolvimento da obesidade, acho que alguns problemas emocionais de base da infância, de necessidade de pressão ou, enfim, muitos outros fatores. Acho que é muito vasto isso, não é? Eu acho que se você for entrar dentro de uma linha de psicanálise, a gente pode entender que a nossa infância é a que vai estabelecer a nossa jornada na fase adulta e quando muitos problemas emocionais acontecem você pode desencadear isso e tantas outras doenças, né? Que a que a gente pode colocar também entendo que fatores ambientais favorecem muito, como uma nutrição errada uma falta do desenvolvimento nutricional, correto? Enfim, eu acho que tudo isso favorece, né? Mas em termos psicológicos, eu acho que a nossa base quando é muito estabelecida, pode desenvolver algumas outras coisas, né? eu estou falando de forma bem clara e geral, tá, se você quiser que eu especifique um pouco mais, é só me falar que eu vou pontuando, para vocês está bom.

**Orador:** Ótimo como você preferir.

**P4:** Com vários fatores, não é um isolado e sim um conjunto de coisas. A forma e a conduta também isso favorece o desenvolvimento ao longo.

**Orador:** Tá, e assim na sua trajetória, né, com consultório, tem alguma causa que é mais encontrada, que é mais forte e mais frequente em caso de obesidade?

**P4:** Eu acho que o que a gente encontra muito causa, eu acho assim, costumes errados, de alimentar-se de forma incorreta, né? De ter uma boa nutrição, isso também favorece, um dia muito corrido, agitado, inclusive, nós também temos que policiar nós, profissionais psicólogos diante disso, né? Pela correria, pelo estresse, isso é muito importante e sim, quanto aos fatores psicológicos, eu

acho que está ligado muito a, como eu disse anteriormente, a infância, pessoas que sofreram muito abuso na infância, emocional, né? De agressividade, elas precisam de uma necessidade básica de proteção. Então, eu acho que está diretamente ligado a isso na minha forma de observação de consultório. Eu sempre trabalhei com consultório vários anos. Vocês viram aí, né? Foi bem muito cedo e desde então atuei nessa área, na qual eu gosto muito e desde então eu pude perceber isso, tá? Eu acho que quando você tem uma infância, tipo, uma estrutura de bases de pais em desequilíbrios pode favorecer o desenvolvimento aí da proteção, né?

**Orador:** Entendi. E aí, diante dessas demandas, né, que aparecem, como que é a linha de tratamento, como elas são trabalhadas?

**P4:** Na verdade, nós, eu trabalho em especial trabalho com, feito num processo psicoterapêutico. Vou buscar desde o passado, é um processo longo, vocês sabem bem disso. Vou buscar desde o passado e ir trabalhando com o paciente, mas é um processo longo, né? Como todos os outros problemas emocionais efetivo, emocionais eu acho que é a obesidade também é trabalhada dessa forma, que tem sido agora, psicológico, que vem da sua historinha, né? Como eu estou sempre decidida, eu trabalho muito nessa linha, eu sou aquilo que a minha vida, o meu, a minha historinha me colocou, né? Então eu trabalho dessa forma, eu acho que tem que ter uma equipe multidisciplinar trabalhando lá em cima. O papel da nutricionista também é muito importante para ter uma reeducação alimentar e toda uma equipe, que isso muitas vezes não acontece, né?

**Orador:** Sim. E esses pacientes quando eles procuram a terapia e até mesmo a cirurgia você nota que eles possuem um histórico de tratamento psicológico anterior a isso ou normalmente é o primeiro contato.

**P4:** Não existe história, praticamente. 90% dos casos, vou colocar 99%, tá, Júlia? Mas 90% dos casos eu entendo que não existe. Funciona assim, eles quer, eles querem emagrecer, o paciente busca um cirurgião, né? Cirurgião é cirurgião, ele vai indicar a cirurgia. Dentro desse processo que talvez seja realmente melhor, mas não existe preparação, na grande maioria das vezes são casos, são raros os casos na qual o paciente vem já dentro de um processo de terapia. E isso vai evoluindo para uma cirurgia de forma consciente, bem elaborada. Não, o paciente não vem preparado psicologicamente, emocionalmente para toda essa questão da cirurgia, né? E eu acho isso muito sério, porque você pode ter a vontade de fazer a cirurgia mais tecnicamente, emocionalmente, você não está preparado pra pensar de forma magra? Se assim eu posso dizer. Para pensar de forma emocionalmente, dentro de uma dieta, dentro de uma regra, enfim, ele sofre muito com isso, né? Eu não sinto que eles vêm dentro de um processo e vem preparado para isso. O cirurgião autoriza, faz todo o processo, mas não existe uma preparação nem antes nem após. São raros os casos, lógico, por isso que eu estou falando sempre há uma exceção né.

**Orador:** Aham. E aí dentro também de alguns fatores que podem, né, estar associados, você acredita que tem alguns fatores que se associam com esse insucesso à perda de peso? Porque muitos deles têm um histórico que já tentou, né, a perda de peso, e não conseguiu. Tem algum fator psicológico que você acredita que pode associar isso?

**P4:** Sim. E eu acho que tem, eu acho que todos, antes de fazerem cirurgia, já tentaram algum tipo de regime dieta ou vários, vários tipos de regime dieta, porém, eu acho que nenhum chegou até mim não, eu já quero a primeira, é a primeira tentativa a cirurgia. Não, todos já tentaram 1000 formas. Enfim, existe sim, né? Tem, problemas ligado ao emocional. Não sei se eu respondi aquilo que você queria saber, enfim, se quiserem saber mais podem perguntar, fique à vontade, viu, Júlia?

**Orador:** Tá, pode deixar. Então esses fatores que você acredita que estejam ligados seriam aos fatores emocionais mesmo, que é entre aspas, causam esse insucesso a perda de peso?

**P4:** Sim, tenho certeza, eu, pela minha experiência, eu tenho muita certeza disso. Lógico, gente, toda regra, toda a fala há uma porcentagem mínima de alguns problemas hormonais mais graves, né? Alguns problemas, associado a outras comorbidades, outras doenças. Enfim, né Tamiris, então, mas na grande maioria das vezes, eu acho que está ligado assim ao emocional, à conduta errada da alimentação. Por isso a nutricionista tem uma grande importância, é uma equipe multidisciplinar, né?

**Orador:** E Cláudia, tem algum fator que tende a predominar? Por exemplo, uma ansiedade, uma depressão, alguma coisa assim?

**P4:** A ansiedade, acho que isso é muito comum. Acho que nós vivemos, são muito doente (SIC), na qual ansiedade ela é um ponto forte em todos nós, praticamente, inclusive profissionais da área da saúde, depressão também, porém, eu acho que, como eu vou colocar para você? A ansiedade favorece, né? É, eu acho que é uma fixação na oralidade aí, numa fase oral do indivíduo que na qual ele usa isso como um prazer imediato, né? Comer, enfim, muitas outras coisas, não só o comer, o beber, tudo mais, né, as drogas interligadas.

**Orador:** Entendi e aí já falando, né, um pouquinho aí da questão das avaliações do pré-operatório da cirurgia nesse processo do pré-operatório que é feito antes, que é com uma equipe, em teoria, com uma equipe multidisciplinar, né? Já é possível nesse momento começar a identificar quais são os sofrimentos psicológicos que aquele paciente enfrenta com em relacionado à obesidade.

**P4:** Júlia, o problema que não é feito de forma correta. Então, se não é feito de forma correta, na grande maioria das vezes, eles não identificam né? Mas, se for feito de forma correta, é possível sim identificar. Lógico, gente, estou falando de forma superficial, né? Que eu entendo que a psicologia e o emocional é um grande processo aí, né? Então é lógico que em um primeiro contato você não vai identificar 100% ou 50%. É um processo que vai fazer com que isso evolua. É então assim, quando bem-feito e se bem-feito, Júlia e Tamiris, eu entendo que sim, a gente consegue detectar alguns fatores, sim. Problema é que é muito massificado, não é? Você precisa da cirurgia, você vai fazer, entendeu? É muito físico. Não se olha muitos os aspectos psicológicos e muita gente, muitos pacientes sofrem depois com isso, né, sofrem muito, muitos ta, não são todos.

**Orador:** Entendi, e aí, como que é realizado esse processo de avaliação pra você aprovar um candidato à cirurgia bariátrica?

**P4:** Você quer saber como eu faço ou como um convênio médico faz?

**Orador:** Como você faz.

**P4:** Ta, porque a forma, aquilo que muitos convênios médicos fazem, isso não, não é correto, na minha maneira de pensar, eu acho que classificar se a quantidade, eu acho que eles não avaliam de forma correta, a minha forma de avaliar é sempre em conjunto com a nutricionista, eu gosto do parecer da nutricionista também, uma porque eu entendo que ela faz parte de dentro do contexto aí, né? Diante disso, conforme eu disse a vocês e enquanto o emocional, eu faço algumas entrevistas, são várias, né? Umas 4 entrevistas iniciais, eu vou perguntando o emocional, vou ver se a pessoa está preparada para o pós, que eu acho que é uma adaptação muito grande, ocorre um sofrimento de mudança muito grande e sempre indico a psicoterapia e inicialmente quem está fazendo psicoterapia já é muito mais fácil, né? Já está no processo, é muito mais fácil, então eu entendo que avaliar e indicar a continuidade da psicoterapia importante no processo de avaliação, através de entrevistas, conscientização, tento fazer o máximo possível, né? E muitas vezes a pessoa também está muito envolvida, ansiosa com aquela questão da cirurgia que vai resolver de fórmula mágica os problemas. E aí eu faço tomada um pouco de consciência disso, né? De que tudo na vida é um processo na vida. Então tem casos que não, o meu parecer emocionalmente não é indicado. Casos mais complexos, né? De pacientes mais complexos.

**Orador:** É porque não é só fazer, né? Uma cirurgia, né?

**P4:** Claro que não e o emocional, o psicológico é muito importante, é a nossa base e isso não é levado em conta. Você conversa com o cirurgião, ele quer fazer, é número, é número. Você entendeu? Ele não olha nem direito para o paciente vou ser bem direta, é número ele esquece que é um indivíduo, né, que é quem está sendo operado, é um indivíduo que está fazendo a cirurgia é um indivíduo que precisa de um embasamento, que eu acho que quase todos os casos não estão preparados para a cirurgia. Exceto os que estão no processo de psicoterapia, puxando pro nosso lado que realmente isso funciona aí muito.

**Orador:** Entendi. Sim. É precisa, né, para você compreender também o processo da cirurgia, né? E você usa alguns critérios de avaliação para você compreender se esse paciente tem condições para enfrentar os efeitos que essa cirurgia vai causar?

**P4:** Gente, um dos critérios maiores que eu utilizo é a própria observação, né? Uma boa anamnese, eu acho que isso faz entender, uma certa atuação, então consigo enxergar bem algumas coisas, mas uma boa anamnese, focada, né, objetiva? E a própria observação, eu acho que existem alguns testes, tem um psicólogo que aplica teste, um psicólogo que não aplica. Mas eu acho uma boa anamnese, a gente consegue. Boa sessão de observação, eles falam, você consegue ver, bem detectado.

**Orador:** É isto que eu ia te perguntar também, se você utilizava algum teste, algum instrumento para isso?

**P4:** Em alguns casos a gente utiliza, né? Eu, eu utilizo isto às vezes, principalmente quando eu tenho uma demanda muito grande naquele paciente, né? Mas, gente, isso dentro do todo é muito difícil, é raro você ver uma avaliação dessa forma. Na prática, isso não acontece. Acho que vocês devem ter conversado com outros profissionais e vocês devem ter coletado, a não ser que eu seja uma exceção, entendeu? Na prática, isso não acontece, né? A teoria e tudo mais, é tudo muito lindo na prática, isso não acontece. Infelizmente, porque nós poderíamos detectar muitas outras coisas, porque se tem um paciente que vai fazer uma bariátrica, ele tem comorbidade, outros problemas emocionais mais graves, isso é muito sério dentro do processo aí desse paciente, isso vai impactar uma coisa muito mais séria futuramente, né? E ela pode transferir, essa oralidade aí, a questão da obesidade com a com outras coisas. Transferir, por exemplo, o comer pelo beber, cesto que acontece muito, não? Alto índice de alcoolismo, são variados, ó, gente, não são todos, né?

**Orador:** Entendi, e tem algum teste que é específico? Quando você usa, você sempre usa aquele ou depende muito do caso?

**P4:** Eu entendo que cada caso é um caso, né? Quando entra um paciente na sua sala, eles falam que é uma, é um filme que você vai assistir novo e que aí você vai avaliar com todos os critérios e aí de acordo com a demanda, vai observando o que é necessário aplicar, né, o que é importante aplicar. Gosto de aplicar muito teste de personalidade, acho que isso nos ajuda bastante dentro do processo.

**Orador:** E quantas sessões que são necessárias para você fazer esse laudo?

**P4:** Eu, C.S. gosto veja bem, quantas a maioria das pessoas fazem? Uma sessão, né, mas eu Cláudia que não dá para dar uma, né? Eu, C.S., já utilizo mais, utilizo média de 4 e talvez fosse preciso até mais em alguns casos, quando precisa. Eu sou bem chata? Não sei. Eu sou cuidadosa e acabo me tornando chata. A pessoa é, cuidado se tornando um pouco porque (SIC) o paciente não gosta, ele fica incomodado, né?

**Orador:** Sim, a maioria quer chegar no seu consultório e ganhar aprovação, né?

**P4:** A autorização. Teve, tiveram vários casos, mas o caso foi muito relevante porque a pessoa ela pediu para mim essa autorização e aí eu falei como seria o procedimento e aí só que ela conseguiu com outro psicólogo no mesmo dia, não sei como foi feito isso e eu a vi depois, coincidentemente, eu a vi, né? Até por estar atuando numa cidade um tanto pequena, você acaba conhecendo as pessoas e os danos você fica sabendo também, dos emocionais, gravíssimas, então porque eu sabia também que tinha outras patologias aí envolvidas. Então, muito sério, você pegasse e assinasse, vai, não é massificar isso, né? A pessoa precisa tomar muito cuidado com isso, né? Vocês têm profissionais e profissionais (SIC), se vai encontrar na sua área, na nossa área, todas as áreas, então você precisa fazer com cautela porque você está lidando com uma vida, né? Uma pessoa e essa pessoa precisa de muito carinho, mas muitas vezes eles não querem.

**Orador:** Eles querem rápido, né? Eles não entendem o processo.

**P4:** Muito rápido normalmente, até porque o cirurgião pede isso, ele impõe dessa forma, né? Cirurgião é muito diretivo. É cirurgião, cirurgião só quer operar, né, gente?

**Orador:** Sim e aí até relacionando com a próxima pergunta que eu ia te fazer da questão se existe, né, uma comunicação com essa equipe multidisciplinar ou se é bem isolado, eu dou meu laudo, nutricionista da o laudo e não tem essa essa comunicação?

**P4:** Olha eu, eu muitas vezes com muita frustração, eu tento fazer contato, mas com cirurgião eu não consigo. E o nutricionista, às vezes você consegue, mas normalmente é isolado em alguns casos aonde você vê que você faz parte do processo, né, dentro do contexto, daí você consegue, mas é isolado, Laudo isolada e é errado. Não é errado, eu usei a palavra errada, não é muito correta, eu acho que poderia, se fazer um trabalho melhor. Idealizado talvez, né? Da minha parte, mas poderia.

**Orador:** E aí, de que forma que você acredita que pode ser esse trabalho em conjunto? Da equipe, né?

**P4:** De que forma? uma conversa mesmo, uma reunião mesmo de equipe para que você pontue que esse paciente é apto para a cirurgia. Então, por exemplo, te dar um exemplo, cirurgião fez o parecer dele, a nutri (SIC) fez, a psicóloga fez, vamos lá colocar esses 3 profissionais básicos e aí nós finalizamos, se reúne-se os 3 e rapidinho 10 minutos você consegue passar algumas observações e fazer, eu acho e laudo final. Isso é idealização, tá, Júlia? Porque não existe, não existe, principalmente.

**Orador:** Deveria existir mas não né?

**P4:** Deveria, que é o correto. O ser humano é um todo. Ele não é só corpo, ele não é só, ele é um todo, né? Uma cirurgia bem-sucedida, ele precisa ter tudo isso envolvido. O sucesso será melhor.

**Orador:** Aham e esse laudo em que são emitidos pela equipe, como que você vê a relevância dele, né? Como que ele pode contribuir para subsidiar a cirurgia mesmo?

**P4:** Não entendi bem sua pergunta Julia, se puder repetir.

**Orador:** Os laudos que que são feitos, né, pela equipe multidisciplinar. Como você acredita que eles são relevantes pra cirurgia, né? Como eles podem ajudar?

**P4:** Eles são importantes. Eles podem ajudar porque eles vão detectar algumas coisas no paciente. Vou falar da minha área que eu posso observar, você vai reorganizar emocionalmente esse paciente, você vai detectar o que tem e tem que ter um trabalho após a cirurgia. A nutrição, ela vai fazer toda uma reeducação alimentar que é extremamente necessária, atividade física que necessário etc., etc., né? Eu acho que os laudos eles autorizam, mas eles não orientam.

**Orador:** Aham e depois C.S. da cirurgia, se ocorre algum problema, né, seja físico ou emocional, no pós-operatório é, esses laudos servem de subsídio pra alguma coisa ou não?

**P4:** Subsídio para quê?

**Orador:** Por exemplo, vamos supor que ocorra algum problema na cirurgia, e tem e aí teve, por exemplo, algum problema físico que seja, ou até mesmo emocional e de repente, o paciente questione alguma coisa? Só que tinha o laudo que foi aprovado eles usam os laudos para justificarmos, digamos assim, o problema, ou.

**P4:** Todo laudo em relatório, você, psicóloga, assina e faz, você tem que fazer de forma correta e você está assinando lá se ele está apto, se você está assinando que ele está apto e não terá nenhum problema mais, porque você tem que saber o que fazer e fazer bem-feito. Isso pode, ele pode utilizar sim, como não, né? E tem e tem consequências, sim, tem consequência. Você tem que fazer tudo muito bem-feito. Toda avaliação e relatório tem que ser muito bem-feito, por isso que nós sofremos muito na faculdade, que vamos fazer o seu relatório, que a pior parte da faculdade, né? É eles, eles ensinam você a fazer esse documento que para nós é um documento que nós vamos utilizar o resto da vida, né? Tudo e pode, pode dar um processo a exigir uma perícia em cima disso. Eu trabalho também com a perícia, não é? Então pode existir uma perícia em cima disso e pode ocorrer, sim. Por isso que você tem que estar consciente de fazer seu trabalho de forma correta. Mas não é isso que acontece muitas vezes.

**Orador:** Teoria e prática, né?

**P4:** Teoria e prática, né? Eu acho que tudo é muito feito de forma errada, infelizmente, massificada, né? Eu falo, é número. E é triste, você vê o paciente sofrendo. Você vê o paciente não sabendo lidar com a situação e certos pacientes que fazem terapia. Quem faz terapia eu acho que tem um grande apoio e ele consegue lidar muito bem com muitas situações.

**Orador:** E aí, C.S. durante essa vivência, né com as avaliações, quais são as demandas que os pacientes mais trazem no pré-operatório, né, durante essa avaliação em relação a obesidade.

**P4:** Eles querem emagrecer de fórmula mágica e a cirurgia é um pouco isso, né? Mas é a não aceitação de si mesmo, é por estar mal com o seu corpo. Eu acho que se a pessoa não está bem, ela tem que realmente buscar e é uma doença e tem que se tratar. Eu acho que isso é correto e às vezes problemas de saúde, tem paciente que tem sérios problemas de saúde e há necessidade dessa intervenção pra ter uma melhor qualidade, mas principalmente a não aceitação, né? O sentir-se mal emocionalmente quanto ao seu corpo e tudo mais. E alguns programas de saúde, né? Tem gente que tem muitos problemas de saúde decorrente da obesidade.

**Orador:** Entendi e aí a forma de tratar essas demandas em busca de trabalhar elas, de buscar a superação por parte do paciente. Como que que são trabalhadas, né? Como que é esse manejo?

**P4:** Muito variado. Quando vem uma indicação de uma autorização psicológica de um psicólogo para a cirurgia, ele só quer autorização, então fica difícil dizer como são trabalhadas, né? Essas questões quando o paciente dá, tem paciente que dar continuidade a todo o processo com nutricionista, atividade física, terapeuta, esse paciente, ele é muito bem trabalhado, né? São trabalhadas questões de desafio, de mudanças, de hábitos, de transformação, que às vezes a pessoa começa a não se perceber no mundo todo, né? Ela vai emagrecendo muito rapidamente ela começa a perder a identidade também, então por isso, a importância do psicólogo está lá o tempo todo para esse paciente, então assim, cada caso é um caso e eu entendo que é trabalhado de forma individualizada. Tem muitos casos que têm uma boa evolução por ter uma equipe, porque ele contrata esses profissionais, sabe, ele compra essa ideia, ele entende quão aquilo é importante para ele. Então ele entende que a atividade física é importante, o nutricionista é importante, a psicóloga é importante, então aí a gente consegue fazer um excelente trabalho, né? Dentro desse, é um tamanho de grande evolução.

**Orador:** E aí a gente aproveitando o gancho (SIC), né, que você falou que é raro os que continuam, né? De forma geral, os pacientes não tendem a continuar o atendimento então, após aprovação, como que é esse?

**P4:** Na verdade, eles nem fazem o atendimento, só vêm buscar o laudo, eles querem autorização só para cirurgia. Documento que autoriza. Se você autorizar.

**Orador:** A maioria não continua.

**P4:** A maioria, não, ninguém continua com a cidade.

**Orador:** 99,9%.

**P4:** Porque o cirurgião já fala, olha, você só falta, então você tem que pegar autorização com o psicólogo, ele já fala dessa forma, né? Não existe uma, deve ter um cirurgião ou outro (SIC), não existe esse trabalho de conscientização. Ele fala, você pega a autorização, depois que você fizer a autorização, você vem aqui, nós fazemos a cirurgia e está ok. Então, para o paciente, aquilo é ne, por mais que você conscientize, ele já está formatado, né? Para você conscientizar precisa de um tempo de um processo aí.

**Orador:** Sim, é se tivesse esse trabalho antes, né? Talvez.

**P4:** É, então eu acho que falta a preparação e a aceitação também tem muitos profissionais médicos que não têm, tem muitos que se sentem muito invadidos também com a atuação do psicólogo, né? Tem muitos que não está, mudando muito isso pra melhor que bom (SIC), mas tem muitos profissionais que se sentem deuses, né? Então não permitem entrar, né? Então aí a equipe não consegue trabalhar.

**Orador:** Durante o atendimento você traz alguma orientação sobre essa continuidade na no processo terapêutico?



**P4:** Sim, eu oriento o quão isso é importante, mas Tamiris, às vezes o falar uma vez, a gente não consegue, você tem que conscientizar para conscientizar, tem um processo, então demandam um tempo maior. Tem pacientes que aceitam tudo bem e que casam bem com a ideia, é muito cultural isso também a questão da psicoterapia, né? Então tem muitos que aceitam, dependendo da questão cultural do indivíduo, tem outros que não. É que normalmente esses pacientes vêm do convênio, né? Indicado pelo convênio, pelo SUS. Então, assim, é uma coisa que, o governo, gente, eles querem fazer a cirurgia, eliminar, entendeu por isso que não é bem trabalhada e também não é interesse do convênio trabalhar e também custa mais, eu estou sendo direta com vocês

**Orador:** Aí, pelo convênio então tem diferença em relação a quantidade de sessões quando você trabalha pelo convênio ou particular.

**P4:** Eu não sou credenciada com convênio, meus atendimentos são todos particulares porque eu não me caso (SIC) com as normativas dos convênios médicos. Eu acho que infringe código de ética e eu não aceito o que eles colocam como necessidade para mim, isso não casa com aquilo que eu aprendi e eu sou psicóloga por amor à profissão. Gosto muito do que eu faço e eu acho que não se casa o que o convênio médico fala com o propósito da nossa profissão, é tipo da alta logo, como que você vai dar alta assim logo, como assim não tem como, usa 10 sessões, cada convênio é de um jeito, cada plano é de um né, enfim. E aí o paciente está no início de um processo, aí ele para, porque não dá continuidade, não dá pra fazer isso. Você precisa fazer uma avaliação, você não pode, uma avaliação com um teste, uma avaliação custa caro. Quando você vai fazer uma avaliação com testes padronizados, são testes caríssimos para nós e nós temos né um custo. Nós não podemos, então vamos colocar isso. Não vamos abrir isso para o convênio por favor. Mas eu não, eu não nunca fui credenciada por não fazer parte dessa eu não me caso, eu me sentiria infringindo o código de ética, eu não faço isso.

**Orador:** Quanto a aos fatores, né que podem estar associados à continuidade do tratamento, quais você que sejam os fatores que estão associados a isso?

**P4:** De fatores o quê?

**Orador:** É com a desistência, né do paciente. Quais fatores você acredita que fazem com que ele tenha essa desistência do tratamento?

**P4:** Ah, acho que são vários, a forma que é feita a conscientização do indivíduo, né? A forma que é colocada, principalmente, as vezes também o custo de um processo terapêutico também, acho que isso pode está ligado porque é a longo prazo. Isso muitas vezes é difícil, né? Mas eu acho que se fizesse um trabalho bem-feito, de conscientização seria muito mais, nós teríamos muito mais pacientes aderindo a esse processo.

**Orador:** Entendi. E quais as demandas apresentadas pelo paciente no pós-operatório relacionadas aos efeitos da cirurgia bariátrica?

**P4:** Ah, eu vou falar 2 que eu acho muito importante, né? Uma é a dificuldade que tem quanto à questão alimentar, que é a adaptação dentro desse processo aí, né, que eu acho que é bem brusca, bem, né difícil para o próprio paciente e muitas vezes ele pensa com a ele está no magro técnico fisicamente, mas o psicológico pensa ainda da forma antiga de comer, de se alimentar, né? Por isso a importância da conscientização do trabalho psicológico. Então, essa é uma grande dificuldade e muitas vezes a questão da identidade, a pessoa vai se transformando fisicamente, ela não, ela se percebe, mas de uma perda, essa perda de identidade, essa mudança ocorre muito, né? Então isso é muito forte, 2 fatores que eu acho importante, principalmente a adaptação aí.

**Orador:** Além dessa conscientização, né, como você acha que o psicólogo pode contribuir com essas demandas que aparecem depois no pós-operatório?

**Orador:** É trabalhar o processo, trabalhar as queixas, a manifestação do paciente e trabalhar o processo. Mostrando né que isso faz parte. Conscientizando mesmo e estando do lado desse paciente. Como bengalhinha (SIC), né, por um momento? Para que ele possa caminhar e depois andar sem a bengalhinha.

**Orador:** Sim, tá certo. E quais são as dificuldades encontradas aí durante esse acompanhamento no pós-cirúrgico?

**P4:** São essas dificuldades que eu lhe falei, que é o, principalmente adaptação aí com a nova forma de alimentação, né? Muitas vezes ele sente vontade de uma coisa que ele não pode comer ou ele come, passa mal. Mas ele também ao mesmo tempo, ele está muito ansioso para emagrecer, ele está se sentindo em uma nova fase, né? Isso é muito positivo. Enfim, é um misto de emoções e queixas aí, que o terapeuta tem que ter muita habilidade para trabalhar isso não é.

**Orador:** É nesse processo, né, você já comentou um pouco, mas assim ele apresenta alguma resistência assim, quanto ao esse acompanhamento?

**P4:** Eu acho, eu acho que quando o paciente ele resolve fazer o acompanhamento, ele realmente faz o acompanhamento. Mas o problema é que muitos pacientes não fazem um acompanhamento. Tem gente que faz a cirurgia e não faz acompanhamento psicológico, então eu acho que aí não é resistência, tem muitos que não fazem e que e quem tem a tomada de consciência de fazer o acompanhamento acho que desenvolve um processo de evolução bem melhor. Mas, é lógico, é um processo difícil, né? Tem que mudar todas as percepções do indivíduo, fazer com que ele enxergue o seu novo eu, né? Enfim, tem uma transformação muito grande.

**Orador:** Entendi e como que você identifica, né, essa demonstração dessas resistências e como que você trabalha elas nesse processo?

**P4:** Como você identifica? Nós aprendemos a ser psicólogos, né? Então acho que nós temos a formação de base, fazer os atendimentos. Então a gente identifica através do que nós aprendemos e observar o seu paciente, a escuta da primeira fala e da segunda, principalmente. Psicólogo sabe fazer isso. A gente sabe identificar. Então é meio que natural, né? A gente, não existe técnica, enfim, existe um processo dentro da teoria, né? Então é pra nós, é algo, não existe uma forma, não sei de colocar isso como forma e a gente trabalha a demanda do paciente.

**Orador:** Tá certo. Quais as consequências que você acredita que possam ter, é, quanto a a interrupção do paciente nesse acompanhamento psicológico.

**P4:** Pós-bariátrica?

**Orador:** Sim

**P4:** Ah, eu acho que o paciente que não está bem elaborado emocionalmente e ele interrompe, eu acho que ele pode ter consequências bem sérias, ele pode voltar a engordar, ele pode desenvolver alcoolismo, ele pode, enquanto ele não estiver consciente 100%, ele vai voltar a comer como ele se alimentava antes. Tem paciente que fala assim, ai, eu estou engordando tudo de novo., estou engordando por quê? Não se conscientiza, não faz a dieta corretamente, come com a mente antiga aí vem procurar depois, que engordou 10 kg, depois da cirurgia, vim procurar ajuda, daí o coitado (SIC) do psicólogo tem que fazer todo o trabalho, né? A gente está nutricionista, tá? (SIC) Enfim, nosso psicólogo tem que fazer todo o trabalho, entendeu? Então assim de resgatar esse paciente que é mais difícil aí. Então assim, eu acho que ele vai engordar, eu acho que ele vai desenvolver, pode desenvolver alcoolismo, alcoolismo é muito sério, acho bem grave e voltar a engordar, né, porque ele passou por todo um processo e muitos e muitos isso acontece.

**Orador:** Sim, é até envolve a próxima questão que seriam quais os fatores psicológicos que você acredita que estejam envolvidos nesse processo aí do reganho de peso do paciente?

**P4:** Porque ele foi operado com a mente de obeso ainda. Não foi feito o trabalho de conscientização e não foi feito o trabalho psicológico não foi feito. Aquela coisa que eu comentei com você, Tamiris e com a Júlia, de conscientização mesmo, do paciente, do qual é necessário o trabalho da equipe, né? E aí acontece tudo isso, então, eu acho que quando não é bem-feito tudo que não é bem-feito desanda, né? Lógico que tem algumas exceções, quando tem outras comorbidades, outros transtornos, alguns outros transtornos, aí as coisas se agravam mais, né?

**Orador:** Entendi, então aí as alternativas assim, para mudar essa situação seria mesmo trabalhar melhor a esse processo? Como que seria?

**P4:** Vai ter que entrar no processo de novo. Então ele se conscientizar em todo o processo, Tamiris, a pessoa tem que se conscientizar e fazer o processo terapêutico. Então aí o terapeuta, o psicólogo vai intervir, né? Vai dar as orientações comportamentais ou vai fazer com que o indivíduo (SIC), vai dar um monte de estratégia para que ele consiga, né, caminhar e eu acho muito importante ele seguir a nutrição, o esporte, atividade física e a terapia, se ela se ele fizer essas 3 coisas, eu acho que a evolução do paciente é quase (SIC), enfim, ele consegue sucesso no processo, entendeu e é simples assim, no sentido de eu = vou fazer a cirurgia? Vou. Então eu tenho que me conscientizar. Eu tenho que ter esses 3 profissionais do meu lado, aí ele consegue, eu acho que ele, porque é um apoio a uma equipe de apoio muito grande, né?

**Orador:** E para atender esses pacientes no pós e no pré-operatório de cirurgia bariátrica têm alguma especialização para fazer este? Tipo de avaliação.

**P4:** Tem, tem várias especializações. Hoje nós somos muitas especializações na área, né? Então você pode fazer, mas o profissional clínico, ele pode atuar. O psicólogo clínico ele pode atuar nessa área sem problema nenhum. Nós sabemos fazer muito bem o trabalho, né? Mas você pode se especializar com várias especializações ligadas a isso.

**Orador:** Faltou reformular um pouquinho. A pergunta é, se você tem, né alguma especialização?

**P4:** Sim, eu sou especialista clínica, né? Eu sou especialista em psicologia clínica. A minha especialização é nessa área. Fiz alguns cursos voltados a isso. Eu sou mestre e doutora nessa. Então é, outra coisa, mas tá ligado tudo clínica, tá? Então eu trabalho muito com vícios continuados, obsessões, né? E que está ligado a especialização voltada à minha tese foi voltada a isso, então tá ligado a especialização nessa área que é ao comer também é uma compulsão, né? Então eu sou uma especialista baseada na minha tese. Nesse sentido, bom.

**Orador:** Entendi e pra encerrar, né de que forma que você acredita que essas especializações elas podem contribuir para o trabalho do psicólogo? Pro seu trabalho, né?

**P4:** Eu acho, vai agregar, né? É, acho que a gente tem sempre tem que estar buscando coisas novas, técnicas novas e inovações, enfim, mas acho que vai agregar. A psicologia é uma área que você tem que estudar muito, ler muito, buscar muito, né? E muitas vezes você está com o paciente que você acha que isso vai ajudá-la e muitas vezes ele não consegue uma boa evolução. E aí se tem que pesquisar em cima disso e aí entram as especializações, entre os orientadores, entram os outros profissionais que vão te ajudar, seus colegas de trabalho, enfim, né? Eu falo que o psicólogo tem que

estudar cada caso e pesquisar cada caso também. Sempre foi estudando, entendeu? É o tempo todo.

## ANEXO E - Transcrição da entrevista 5

IDENTIFICAÇÃO:

**Nome:** A.N.

**Idade:** 49 anos

**Abordagem:** Terapia Cognitivo-Comportamental, Humanista e Fenomenologia

**Formação Acadêmica:** Psicologia UNIP Campinas

**Especializações (Pós, cursos):** Pós-Graduação em Avaliação e Intervenções Psicológicas no Pré e Pós-operatório da Cirurgia Bariátrica

**Área de atuação atual:** Psicologia Clínica e Bariátrica

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** 9 anos

**Orador:** Vamos lá então, pode me falar um pouco sobre sua atuação?

**P5:** Hoje aqui eu presto serviço, então estou aqui mais ou menos 9 anos, coloquei lá. Junto com o doutor Edmar, se vocês pesquisaram entre os cirurgiões, ele é uma das maiores referências aqui no país, no interior e fora, né? E hoje ele faz cirurgia aqui no hospital Galileu, ele é um dos sócios fundadores dali, faz cirurgia robótica no Vera Cruz que foi o primeiro hospital em Campinas que tinha a robótica.

Hoje, com a inauguração de São Luís, também ele faz cirurgia, é também no São Luís, aqui a gente faz uma média de 15, de 15 a 20 cirurgias por semana é com pessoas para obesidade, de diferentes convênios, né? Então, os convênios que nós atendemos, a abrangência faz com que então esse volume ele seja expressivo, mas não só por isso, o que atrai muito é a estrutura que foi formada, a equipe, o nome, então tudo isso faz com que a média de cirurgia seja muito grande. A maioria dos lugares você já deve ter observado, tem muito pouca cirurgia (*sic*), o cirurgião não deve fazer 1 ou 2 por mês, no máximo, aqui a gente faz uma média, se por semana vamos pôr 15, são 60 cirurgias por semana (*sic*). Então isso vai ajudando com que nós também profissionais, venhamos a estar muito mais envolvidos dentro desse processo, né tudo da equipe, ao longo desse tempo a gente também visita as cirurgias, ele convida a gente de tempo em tempo, então acorda 3 horas da manhã, 5 horas, já está no centro cirúrgico, então tem que chegar no hospital 3 horas da manhã. Então ele mostra todo o caminho que ele faz para um profissional abrir tela, separar prontuários e isso aquilo. Então isso aí é muito enriquecedor pra a gente como profissional, para tratar com propriedade, com o paciente, não conhecendo apenas o externo e uma necessidade, uma patologia, né? É uma comorbidade que é visível muitas vezes, né? E é bonito que a psicologia cuida do interno, né? Quando a gente tá no centro cirúrgico, a gente vê o interno da pessoa, de toda essa dinâmica aí é a qual é extremamente importante na formação.

Então, ao longo desses anos, eu montei uma empresa, né? Então. É, ele precisava melhorar um pouco as demandas e como seria organizado essa dinâmica aqui dentro. E aí uma proposta de um trabalho legal, ele me deu essa. Então o que é que você consegue fazer, né? E a partir daí, então eu montei uma empresa. Então, montar uma empresa também, aí já é outra dinâmica, né? Se a estrutura do empreendedorismo é olhar de mercado de negócio, é uma coisa que eu também gosto. E aí eu fundei uma empresa. Então essa empresa hoje é a NoviBari e saúde. É, bari (*sic*), bariátricos em novidade de vida. Então, dentro disso tudo, de marcas, então aí uma das marcas que me chamou muito atenção de nome grande, né? E quando vai montar uma empresa, cuidado de você ter que montar o que não existe, o nome, que é único. Isso facilita as pessoas te encontrarem dentro deste universo. Né?

Como encontrar isso, né? Quando está pronto é legal, mas quando assim não tem, né? Que que a gente vai fazer? A gente foi meio perdido, né? E aí você começa a estudar marcas, a universidade de

medicina, a gente a pesquisar e levantar. Uma das que me chamou mais a atenção foi o Bradesco. Vocês sabem o que significa Bradesco?

**Orador:** Não.

**P5:** Você vê muita gente não sabe, um dia a NoviBari vai estar vai estar aí, né? Nossa novibari e Saúde legal, né? Que é a novo bari, né? Ah, da cirurgia bariátrica e outras propostas. Mas a gente não se atenta ao significado Bradesco, por exemplo, ele nasce como banco brasileiro de descontos, é esse nome. Ele nasce, sim, e começa a crescer. O tempo vai passando e aí esse nome precisa dentro de marca pra por fora, né? Pensar então essa estrutura e surge então de banco brasileiro de descontos, o Bradesco, e aí monta o Bradesco. E a NoviBari eu gostei dessa. Eu falei, meu, bariátricas, o que que tem a ver esse nome? Tem que remeter alguma coisa, o nome do negócio, tem que a pessoa olhar e saber quem é, quem necessita. Então o NoviBari mostra isso então. Uma dos nosso slogan (*sic*) é novidade de vida, alteração de um novo estilo, né? Então NoviBari então ficou bariátricos em novidades de vida. Então ela nasce com essa logomarca foi a primeira. Então ela tem aqui o estômago, né? A onde a parte bari é parte do estômago que é retirado, isso na técnica *sleeve*, né? Então a gente tem 2 técnicas hoje, então seria essa técnica. Então a *bypass* ficaria muito mais complexo, mas uma técnica muito mais absorviva, essa que fez sentido, encaixou na logomarca. O tempo passou e a gente compreendeu que a NoviBari na área da saúde, a gente pode atender muita gente, né? Não só para cirurgia, o tratamento da obesidade não envolve necessariamente só a cirurgia.

Então aí eu alterei a marca né, para essa (*sic*) Aonde, então, eu marco apenas a reputação de uma pedra aqui, essa pedra é uma pedra angular, uma pedra de fundamento fundação primeira, ela equilibra toda uma estrutura. Então eu coloco ela aqui e abro então a saúde plus aonde então fica conectado a NoviBari e Saúde.

**Orador:** Então quais as causas que você encontra com maior frequência em casos de obesidade?

**P5:** O sedentarismo, fatores emocionais, dependência da comida, pré-conceitos com a obesidade, sofrimento físico e autoestima.

**Orador:** Você comentou por exemplo, que motivos normalmente são fatores emocionais, sociais, familiares. Tem algo em específico que você percebe por exemplo como fator emocional que influencia ou leva a pessoa a estar obesa?

**P5:** Dentro dos fatores emocionais né? É lógico que vocês estão saindo e tem muita coisa ainda para analisar e estudar e não dá tempo. A universidade é uma correria, né? Fatores emocionais, é difícil não ter um fator emocional antes, como ansiedade, vamos colocar a base, a própria ansiedade, ela altera um hormônio no nosso corpo, então nós temos várias taxas de hormônios, um deles, o principal que influencia na obesidade de qualquer pessoa é a alteração do nível do cortisol.

Ah A.N., o cortisol é importante? Sim, ele vai dar um pico para o estabelecimento da gente, uma garra de fazer e realizar e resolver questões. O corpo não sabe o que é a nossa mente em relação a esse mundo, então essa psicologia, né, em relação a isso que está acontecendo aqui, gera então essa apreensão, então há uma alteração desse nível de cortisol dentro de um sistema autônomo, né? Do nosso corpo, e isso vai prejudicar a manutenção de peso, tem pessoas que são reativas ao nível de cortisol, então estresse familiar, estresse no trabalho, a forma que ela enxerga esse mundo altera esse tipo. E ela tá vivendo a obesidade, ela nem come. Vocês vão encontrar pessoas que muitas vezes a gente já encontra, aqui foi uma. Algumas vezes eles têm dúvida, eu não sei se vou fazer a

cirurgia, porque eu já como muito pouco. Se vai valer a pena, não é? Então aí são questões que são direcionadas para então, tratamento psicológico, aonde ela precisa equilibrar essas dinâmicas e esse pico de cortisol vai voltar dentro de um nível e ele vai poder emagrecer.

**Orador:** Sem a intervenção da cirurgia, né?

**P5:** Sem a intervenção cirúrgica. Então essas estão pessoas que são reativas. Uma pessoa em níveis de estresse, angústia, sofrimento, o corpo dela reage de uma forma a mostrar que tem alguma coisa errada. Como ela não resolve, o corpo dela começa a se intoxicar com essa proposta. Outras pessoas é o contrário, quanto mais estresse aqui fora, cortisol aumenta e ela emagrece. Já ouviram isso. Acho que estou passando por isso, nossa está comendo? Nossa, estou comendo, mas não sei o corpo está, e depois começo a emagrecer. E a outra nossa tá comendo? Não, não estou nem estou comendo meu, tá tão difícil. E a pessoa ao contrário. Isso tudo é analisado também, então não são só apenas é família. Ah, mas o que isso influencia fatores emocionais. Respondendo à sua pergunta, é isso.

E outro aspecto que leva a equilibrar. Nós temos 2 baterias, uma delas é como qualquer máquina, a gente precisa de vitamina. Então a gente vai num endereço come, e recompõe, nutrientes e vitaminas. Uma segunda bateria, são fatores emocionais, estruturas emocionais. Amor, dor, raiva, tristeza, alegria, ódio, euforia, onde equilibra tudo isso? Não é só no alimento. Então dentro da gastronomia ela é rica, a gente pode encontrar parte disso, mas a gente tem a caminhada, a gente tem um passeio, a gente tem outras estratégias, a gente tem arte, a gente tem a música. Mas as pessoas, por conta da correria, então, né? A indústria entra nesse cenário, ela oferece alimentos que alteram esses equilíbrios hormonais no nosso organismo. Qual? Açúcar! Então a gente tem o açúcar, a gordura, né? É, seja no ingrediente, no processo, seja é no chocolate que as mulheres amam chocolate, quem não ama? Mas elas não gostam do 90%, gosta mais do ao leite. Então, só ali a gente já tem açúcar e já tem gordura. Na pizza, um carboidrato simples e mega processados. O álcool também, aí já é outra dependência, mas prejudica a manutenção de peso de qualquer pessoa. Ele pode correr o risco de ter 2 doenças, né? Tanto a obesidade como a dependência ao álcool. Faz sentido? Responde. Sim. Isso é fundamental e é uma base do tratamento que nós ou que eu faço. Então eu sou responsável pelo tratamento da dependência a comida. Dependemos da gastronomia, do alimento. Eles ultrapassam esse nível, se tornam dependentes da comida, e de qual grupo de alimento? Desses 3.

**Orador:** E como você diria que essas causas são trabalhadas?

**P5:** Elas são trabalhadas através de um programa de tratamento no pós-operatório que dura 2 anos com encontros mensais, a partir disso é trabalhada a construção da aderência e saúde circular com a equipe multidisciplinar. Então dentro dessa estrutura, hoje sou responsável por esse programa de tratamento e acompanhamento do pré ao pós-operatório e eu tenho um programa, então já respondendo algumas questões importantes ali do trabalho, o que é o mais importante hoje significativo que vocês devem levar, né? Para o trabalho e para um debate dentro da universidade é a questão do pós-operatório. O pré-operatório, né? Ele é importante, mas ele existe várias estratégias de propostas desse tratamento e muitas vezes, se ficar só nela, fica mecânico. O cirurgião ele opera, o psicólogo na outra fase, em todo o atendimento ali. Depois ele está livre para o mercado. E aí, para onde eu vou? O que? Eu faço. E é extremamente importante esse debate. Possivelmente vocês devem ter ampliado esse conhecimento. Então, dentro da proposta do ganho de peso, né? Porque então a NoviBari é a proposta dela é essa.

**Orador:** Antes da procura pela cirurgia bariátrica, os pacientes normalmente têm histórico de algum tratamento psicológico em busca de combater a obesidade?



**P5:** A maior parte dos pacientes associam a perda de peso apenas a necessidade de trabalhar questões alimentares e físicas.

**Orador:** E quais fatores acredita que podem estar ligados ao insucesso da perda de peso?

**P5:** O mais importante e é falta de envolvimento.

**Orador:** Essa falta de envolvimento. Você considera ser com o que exatamente? Com os exercícios físicos por exemplo?

**P5:** Com o tratamento por completo, não é só atividade física. Há uma grande máxima de qualquer pessoa, né? É que não que não está envolvida dentro de uma equipe, né? Porque, perder peso normalmente, a pessoa é o autodidata. Faz uma dieta, a gente tem essa percepção de pertencimento, de grupo. É o que deu bem para você, eu quero copiar o que você faz rápido, rápido e prático. Por isso que esse universo, né? Da estética, existe n tipos de tratamento. É uma indústria. E infelizmente, as pessoas não alcançam o sucesso. A maioria, alguns alcançam não são todos. A maioria não consegue e é por isso que surgem, tem dietas e as pessoas vão fazendo. Para o tratamento da obesidade, né? São eu, a obesidade ela traz outras patologias, não é, então tratamento da obesidade essencialmente, a equipe tem que ter 3 profissionais, endócrino, nutri e psico. Por que psico? Trabalhar dependência comum. Eu não enxergava isso antes de me envolver nesse universo, a psico vai trabalhar o que é fator emocional, crise de ansiedade e isso aquilo e tal, isso não é o foco do tratamento, isso ele vai tratar o outro psicoterapeuta, ele não trata comigo. Eu até indico, eu trato dependência. Então aqui eu atendo essa gama, mas atendo e me realizo também com a psicoterapia, né? Então ali eu atendo outras demandas, que é TDH, borderline e por aí. Mas com Bari, Ah, se trata disso também? Não! Como equipe multidisciplinar, a gente aprende a dividir muito bem. Ela faz isso, ele faz isso e você cuida do quê? Cuido da dependência comigo, aí isso e isso? Falo um pouco porque tem levado a um gatilho da dependência de novo, mas o tratamento disso não é comigo, é com o outro. Responde?

**Orador:** Responde. E como é realizado o procedimento de avaliação do candidato para a cirurgia bariátrica?

**P5:** É feito uma entrevista anamnese com o histórico de obesidade e depois avaliações digitais.

**Orador:** Quais os critérios de avaliação do psicólogo em relação a condição do paciente para enfrentar os efeitos da cirurgia?

**P5:** Análise da relação alimentar, o conceito da imagem corporal, as características da personalidade, a superação de medos, a procrastinação e a autossabotagem.

**Orador:** Quais são instrumentos usados para a avaliação do pré-operatório?

**P5:** É usado o NEO FFI-R que é o Inventário de Cinco Fatores e a EsAvl-A, que é a Escala de avaliação da Impulsividade.

**Orador:** Quantas sessões são necessárias em média para essa avaliação e posterior emissão do laudo?

**P5:** Isso é variável em relação aos protocolos de cada clínica, mas eu realizo 3 atendimentos para entrega do laudo.

**Orador:** Normalmente os pacientes bariátricos costumam continuar o atendimento após a aprovação?

**P5:** Não, a maior parte abandonam o tratamento, inclusive uma pesquisa mostra que 90% dos bariátricos vivem o reganho de peso.

**Orador:** O que você acredita estar associado ao paciente não continuar o tratamento?

**P5:** Um padrão comportamental de abandonar diferentes tipos de tratamento.

**Orador:** Entendi, e quais as demandas chegam para o paciente no pós-operatório relacionados ao efeito da cirurgia?

**P5:** O medo do reganho de peso e a ansiedade em perder peso rápido.

**Orador:** No pós-operatório, quais as dificuldades o paciente mostra?

**P5:** Superar a dependência a comida.

**Orador:** Como as dificuldades são identificadas e trabalhadas?

**P5:** É feito uma análise das rotinas e estilo do paciente e são tratadas nos acompanhamentos mensais. Eu criei um programa de tratamento e acompanhamento do reganho de peso é recidiva, zero, recidiva é reganho, né? zero. A gente quer então diminuir essas estatísticas ao máximo. Qual a estatística? Essa aqui é a principal, que está no próprio Ministério da saúde, aberto dentro da biblioteca virtual, né? Aonde mostra essa perspectiva. Então mostra isso aqui, né? Bariátrica: Transtornos psíquicos e tempo após a cirurgia impactam o reganho de peso, mais de 90% dos pacientes do estudo voltaram a engordar. Então isso é muito alto, né? Então o pós-operatório é um trabalho que se hoje eu fosse fazer na universidade, focaria mais no pós-operatório, porque tem muitos artigos e propostas da cirurgia e não de tratamento de acompanhamento, mas um tratamento circular, que é o que a gente faz aqui, deixar esse paciente construir uma estrutura para que ele não

abandone. Algumas questões ali estão a voltadas a ele volta? Qual é a estratégia? O que é feito? Então, a equipe tem que criar isso. E para criar isso, tem que olhar um pouco mais além do que esse paciente que está aqui e a família dele, que muitas vezes é a maior preocupação em mudar essa família, né? Esse ano, no começo do ano, eu fui convidada a participar de outra proposta dentro do hospital, dentro do hospital aqui de Valinhos, Santa casa. Então isso tem o plano e eles têm o GAPO. Já ouviram do GAPO?

**Orador:** Não.

**P5:** É grupo de apoio a pessoas obesas, então essa é uma proposta de tratamento onde envolve também 2 anos de tratamento para liberar a cirurgia bariátrica. Então incentivar ao máximo esse paciente e trabalhar para que ele diminua o peso, não tenha que ir para uma algo tão radical que é retirar de 80 a 90% de um estômago que está perfeito. Isso tudo a gente passa aqui para o paciente, porque aqui nós não temos essa dinâmica do GAPO, que é 2 anos de atendimento para liberar para a cirurgia aqui nós realizamos, acho que eu coloquei lá, são 3 atendimentos apenas no pré-operatório, então é uma dinâmica bem rápida, né? Porém, esse paciente aí, como que faz opera tão rápido e o que vai fazer depois? Então? Essas foram das grandes preocupações do doutor Edmar, de poder de poder então sustentar na longevidade a empresa dele, o negócio, aonde ele é uma referência aqui pra continuar na clínica, ela diminui estatísticas de reganho de peso. Então, ela se torna uma referência no mercado. Vamos operar lá por quê? Tem uma coisa diferente que ocorre lá, que não está acontecendo em nenhuma outra. Então a gente trabalha muito dentro disso aqui. E aí como equipe, a gente compartilha isso entre os profissionais, então existe um modelo, um programa de atendimento pós-operatório, então dentro desse programa, a minha proposta eu trabalho então essa ideia aqui do reganho de peso zero. Então esse programa ele nasce no ano de 2018, aonde então eu crio uma outra logomarca, que é a GBRZ, que é o grupo bariátricos recidiva a zero, então dentro da NoviBari, que agora ela vai atender generalista, ela tem um grupo para os Bari que se chama GBRZ, onde nasce no ano de 2018 e agora a gente está em 2023. Então, dentro do desse programa de tratamento, a gente o foco central, pós-operatório, para que essa história não ocorra de novo, a gente trabalha então a construção de uma nova identidade e a construção de novos comportamentos, construindo então uma ai, usando a proposta da internet, uma nova hashtag, reganho peso nunca mais.

Estão dentro dessa proposta, é uma jornada então da saúde, então a gente usa essa proposta junto com eles, aonde apresenta que dentro do primeiro e segundo encontro nós vamos levar ele a entender porque ele está vivendo a obesidade, um aspecto geral, né? Coloquei ali também né? O que, qual o foco do tratamento no pós-operatório ou durante o que leva ele viver à obesidade? São N questões. Se olhar só para esse tema, eu falei, meu o que eu vou responder, ainda bem que elas vão lá.

**Orador:** Mas uma dúvida, para aprovação da cirurgia, então para você emitir esse laudo, você constata que a pessoa, por exemplo, tem dependência de comida. Você instrui ela, trata essa dependência antes da cirurgia ou pós?

**P5:** Não, não dá tempo. Lembra que eu comentei que são 3, não dá para tratar isso.

Porque é uma dependência. A dependência existe outras conexões aqui do nosso sistema límbico que levaram ela a esse condicionamento. Por isso que o GAPO, ele surge com essa proposta. De tratamento antes da cirurgia. Nós, como profissionais, temos que estar, definir aonde a gente quer, aonde a gente se sente confortável. Então muitas vezes aqui no começo eu falei, meu, não dá, né? Mandando pessoas para cirurgia e não estou nem tratando. Que que eu faço? Aí ainda bem que ele me trouxe um convite, então eu me senti realizado como profissional, onde então eu libero. Mas então engajo ele a aderência.

Então um dos meus, o meu tema no pós, do TCC, foi fatores de adesão e aderência do paciente bariátrico, naquele tempo, a atividade física. Hoje seria ao tratamento, hoje eu compreendo melhor. Antes, eu enxergava, aí não precisa para atividade física se ele resolver aderir à atividade, vai dar certo, ter aderência. Hoje eu já trataria diferente ao tratamento que influi, que inclui a caminhada e a atividade física.

**Orador:** E a terapia?

**P5:** E a terapia, então, o GAPO tem um trabalho muito legal. Se vocês forem atrás e pesquisarem, eles cuidam disso. Então a gente como profissional vive assim, né? Puxa, é da hora é que a gente ganha nome, a gente ganha status, mas.

E isso aqui me deixou num lugar confortável, então, de realização pessoal, profissional.

**Orador:** É uma outra dúvida também que eu fiquei. Você comentou da equipe multidisciplinar, né? Vocês se reúnem em algum momento para trabalhar, para falar sobre aquele paciente específico, ou você emite um laudo, passa para o para o outro profissional, como que funciona?

**P5:** Aqui não tem como.

**Orador:** É porque você falou que foi muito, né?

**P5:** A demanda é muito alta. O GAPO não estou usando, vocês estão pegando 2 referências.

Lá no GAPO existe esse bate-papo. Então lá no GAPO, um exemplo, o hospital aqui de Valinhos, ele faz 1, 2 cirurgias por mês. É uma demanda bem pequena. Então aí a equipe senta, conversa, faz palestras com esses pacientes desde o pré. Então ele já construiu a cultura agora de que esse lugar é bom e importante. É uma cultura, assim como a religião é uma cultura. A pessoa fala, eu tenho que ir lá. No primeiro momento, ah eu vou visitar, né? Aí ela começa a ver as pessoas, aí eu falo uma coisa, ela começa a sentir algo e começa a ver benefício na vida dela. E ela adere a uma determinada religião, nas diversas que tem, não quero falar que é certo ou errado, mas elas é esse o nosso padrão de comportamento. O GAPO faz isso desde o pré, quando ele opera, ele vai na onde? Ele vai no GAPO.

Aqui não dá tempo. Então, pontualmente, quando o paciente, ele está com uma dificuldade de manutenção de peso aqui, e eu percebo, não é fator, não é fator emocional. É a questão de dependência, eu tenho que levar a nutri a restringir um pouco mais esses grupos de alimento, porque ela libera ainda carboidratos simples, um pão integral, por exemplo. Não era para liberar, mas num tratamento de dependência, a gente tem que olhar dessa forma, drogadito, ele entra lá e a própria equipe libera a droga para ele, mas uma porcentagem menor, menor, menor, menor, menor e acabou, e aqui a nossa visão é essa, aqui dentro a gente foca em quem tem dependência.

Eu trato outras questões, mas o central é a dependência, se a pessoa tem que zerar isso aqui. Livre da ansiedade, a angústia não pode estar dentro da indústria alimentícia.

**Orador:** Qual a relevância dos laudos emitidos pela equipe multidisciplinar para pautar o laudo psicológico?

**P5:** Os laudos reforçam a proposta de tratamento da doença obesidade e suas patologias e comorbidades.

**Orador:** Entendi. É uma outra dúvida que eu fiquei. Você falou, né? Ainda sobre os profissionais da equipe multidisciplinar, é, existe pra a gente sabe que tem passar pelo endocrinologista, pelo cirurgião, pelo nutricionista, psicólogo, né? Vários profissionais para aprovação, aqui na clínica vocês têm todos esses profissionais?

**P5:** Temos todos, a gente conseguiu reunir em um único espaço, toda essa equipe.

**Orador:** Ah, então também por isso que tem esse giro mais rápido, né?

**P5:** Sim, o paciente encontra tudo. E se precisar de onde eu vou? Ele já sai dali com uma planilha, quais são os profissionais, se quiser usar os da casa, ele usa. Como profissional não pode indicar, falar, você tem que ir naquele, mas quando ele já olha ali e vê tudo isso, ele fala, tem aqui. Porém, 2 deles são essenciais, ele não abre mão, tem que passar comigo e tem que passar com a nutri. Se não passar, Ah, mas eu já tenho meu psicólogo. Isso é um termo comum muitas vezes. E ele fala, não, tudo bem, mas ele, a nossa, você tem que passar com um especialista do tratamento e esse tem que ser o nosso. Tem que passar por aqui.

Tem mais, é cárdio, se ele achar que deve, ele pode. E muitas vezes ele encontra resistência, muitas vezes com endócrino, não liberar o paciente para cirurgia. Fala não, você não precisa ter cirurgia. Que ele é endócrino mas é cirurgião, mas ele precisa de um laudo de um endócrino, e aí quando vai lá fora, encontra muitas vezes isso, eles não liberam. É um tema que ainda tem muito preconceito, fora o social das pessoas civis e próprio médica, tem muita gente que não aprova, assim, muitos médicos não aprova. Então eles não entregam mão, não são poucos. Uma grande resistência. Já viram? Já ouviram isso ou não?

**Orador:** Sim

**P5:** É resistente. Eu, eu acho que é essencial. Em alguns casos, sim precisa. Quando ele não consegue ir lá, aí vem

**Orador:** Uma outra dúvida é dentro da entrevista ali, né, você colocou que faz uma anamnese, uma história, né? Ali, da relação do indivíduo com a comida e algumas avaliações. Pode complementar um pouco pra gente sobre as avaliações?

**P5:** Então, dentro das avaliações é, eu coloquei ali, acho que 2, 3?

**Orador:** 2, impulsividade e dos 5 fatores.

**P5:** Isso, a características da personalidade, ali elas são essenciais, elas nos dão algumas métricas importantes que eu utilizo para o tratamento ali no, é, no pós-operatório, então, a primeira que eu mandei para vocês é essa daqui, é onde a gente avalia essas estruturas: Neuroticismo, extroversão,

abertura, amabilidade, conscienciosidade, é uma aplicação eletrônica dentro de uma plataforma digital, da onde? Da Vetor. Então dentro da Vetor, né?

Só para vocês verem aqui, acho que não é não, aqui editora, aplicação, acho que é. Eu deixei bem mais prático para mostrar para vocês, fazer tudo online. Então aí nós, como psicólogos, podemos nos credenciar a essa, a Vetor, que libera uma gama de informações para a gente. Então essas avaliações, elas estão aqui dentro, né? Dentro da Vetor, então aqui a gente tem, a gente consegue gerir, gerenciar, liberar links de tudo aquilo que a gente faz. Então tem aqui mais de quase 1000 avaliações, é aonde? Essas avaliações elas vão gerar, então, né? A partir daí eu envio um link paciente na tecnologia, ele vai lá no próprio celular dele. Responde, fecha, envia, eu recebo o quê? Isso aqui pronto. Então ele vem lá com o nome do paciente tarará (*sic*), traz isso daqui, traz um gráfico, então o neuroticismo, então aqui nós compreendemos o que está influenciando de fatores emocionais que eu preciso trabalhar no pós-operatório com ele.

Dentro da dependência, então proposta, um exemplo de conscienciosidade, são pessoas muito comprometidas com aquilo que ela faz, então quando o nível é alto, é um paciente que facilita esse tratamento no pós. Então aqui eu já tenho um perfil já desse paciente, como eu tenho que trabalhar ele na, no engajamento dele. Neuroticismo na média, tranquilo, a maioria tem neuroticismo alto, uma reação rápida a dor. Não sei se vocês já conhecem o *Big Five*, essa estrutura que trabalha, *Big Five* é 5 fatores da personalidade, então o neuroticismo está relacionado ao dor, a angústia e o sofrimento. Também se altera o pico de cortisol, pessoas que reagem de forma muito mais agressiva a tudo aquilo que é ruim, e se é alto, eu vou trabalhando, isso aqui ajuda. Então, quando eu mostro para o paciente, eu fico com uma e mando outra no e-mail dele e explico que nós vamos trabalhar dentro da dependência, porque é que ele é dependente. Isso aqui está muito alto, tem que voltar. Isso aqui tem que ir para o meio. E aí então ele falou, legal, né? Você tem que ter ferramentas pra que ele é compreenda isso e o próprio plataforma (*sic*) nos traz instruções que o paciente também vai ter, do que ele precisa melhorar naquela dinâmica. Então, dentro disso, essa é a primeira, depois tem a segunda, que é a, que é a que é a completa.

Não é essa aqui não, é essa aqui. Então aquela é a parte a, existe a parte b. Nossa, separei para vocês. É, estou vendo aqui, ó, essa aqui já é outra, completa. Então aqui vai ter os dados do paciente. Tudo que a gente cadastra na plataforma, as avaliações das estruturas, respostas, estruturas, é ele divide cada um, o neuroticismo por exemplo tem 6 pilares, é neuroticismo, o que leva uma pessoa a reagir dessa forma mais agressiva, alterações na ansiedade, raiva, depressão, embaraço e possibilidade de vulnerabilidade. O que leva uma pessoa ser extrovertida ou introvertida? Quais são as estruturas? Acolhimento, gregarismo, assertividade e atividade, busca de sensações, emoções. Então aqui eu tenho um checklist geral e das respostas dele, então ele me abre aqui o geral, o que foi, e depois cada um deles, ansiedade. Então ele divide aqui, tá aqui raiva por cento, depressão, embaraço, impulsividade, vulnerabilidade, aí extroversão. Quais são as taxas? E o ideal para todo o paciente e todos nós? Que caminhamos na média. Tudo o que está fora é o que nós vamos trabalhar no pós-operatório. Abertura, você vê, são pessoas com grau alto nível de rigidez muito abaixo da média, mudanças, então ela precisa mudar. Então isso aqui me auxilia e muito, é como se fosse uma ultrassonografia.

**Orador:** Então, na verdade, esses testes que são aplicados no pré-operatório, eles vão servir mais no embasamento de um pós?

**P5:** Do pós-operatório.

**Orador:** Porque quem libera mesmo para cirurgia ou não é um cirurgião, o médico que está acompanhando, exames e essa parte psicológica?

**P5:** Isso a parte dele, ele avaliou lá, eu avaliei aqui, vamos trabalhar isso. No GAPO, por exemplo, a dinâmica, eles não têm nada disso. Eles vão trabalhando a psicologia da raiz ainda. Eu gosto da

tecnologia, nos amplia muito essa percepção interna, porque muitas vezes vocês mesmo compreendem que as vezes a gente não consegue expressar o que a gente está sentindo. Tá em terapia. E o terapeuta tá ali, né? Poxa, parece que precisa de uma bola de cristal, né? Como eu vou conseguir ajudar esse paciente? Quando eu faço isso aqui também na psicoterapia, então eu tenho os modelos de atendimento. Eu trabalho muito com psicoterapia breve, se o paciente não evolui dentro dessa dinâmica e então eu envio essa proposta de avaliação para mim poder, incentivo ele, para ele poder perceber algumas coisas. Mas está sendo muito mais rico para mim, eu vou direcionar onde que eu tenho que ir para resolver essa questão do paciente, por que se não fico perdida e tratamento que, a nós, que já está há muito tempo na área clínica, a gente quer o bem-estar do paciente de forma rápida e o plano exige isso, trabalhar por convênios, as consultas são de meia em meia hora. Ontem eu fiquei das 7 até quase 8 horas. Hoje eu separei o dia só para bariátricos. Então é, a gente não tem tempo, ai, meia hora, como vai atender o paciente? É uma correria, né? E que a grande ilusão que a gente tem muitas vezes, e eu tenho o meu consultório particular em Campinas, onde eu faço atendimento de 1 hora e meia a 2 horas, o paciente ele, paga particular um valor alto, ele tem, já percebeu em alguns bate-papo na segunda entrevista, ele tem uma água com gás, água natural, ele tem isso para comer, e tem aquilo. E vai ter pelo menos 2 horas, no máximo 2 horas, conversando, sem preocupação. Evoluindo esse paciente, aqui não, então aqui, a ferramenta que eu me organizei é essa que me dá uma leitura rápida e prática, focada o que eu trato? A clínica nos exige isso, né? Tá com dor na onde? Aqui, ai, mas o que pode ter levado? Tá eu vou tratar aqui. Você não olha outras coisas? Não olha, mas isso é importante, mas eu tenho que tratar agora só dor, então eu elimino a dor do bariátrico, que é a dependência, ele agora não pode comer. Então e agora? Dependente é assim, ainda comer um pãozinho, né? Aí chocolate aí, ansiedade, estresse elevado sempre ele aí simbolismo. Isso aqui organiza, tem muitos outros, então, dependendo da evolução do paciente, tem um outro que eu trabalho, que é o próximo, a impulsividade. O que? Falta de concentração e persistência, controle cognitivo, planejamento futuro, audácia e terminalidade. Então, a plataforma respostas verde dá um gráfico pra mim e trazem aqui e vai trazer aqui também para nenhuma escala onde eu aponto aqui de vermelho que está abaixo, né? Extremo superior, mas é positivo, não é negativo dentro dessas expressões que eu anoto e converso com o paciente. Impulsividade, continua como um grande impulso para a dependência.

**Orador:** E quais as consequências dele não fazer esse acompanhamento?

**P5:** Tem o risco de ganho de peso, risco de recidiva da obesidade, a retomada de patologias e a transferência negativa do prazer.

**Orador:** Quais são os aspectos psicológicos que você acredita estar envolvido nos casos de ganho de peso?

**P5:** Principalmente a perda de foco, o controle da impulsividade e a resiliência para construção de uma nova identidade.

**Orador:** E a que atribui esses aspectos psicológicos?

**P5:** A história de vida do paciente, as rotinas, a cultural (sic) social e familiar associados a alimentação e prática esportiva.

**Orador:** Quais as alternativas para alterar isso?

**P5:** Reforçar com o paciente a gravidade da sua doença, que é a obesidade.

**Orador:** Então você é dentro desse pré-operatório, deixa ele consciente de que ele tem, está inclusive, né? Impulsivo, por exemplo, todos esses fatores?

**P5:** Todos os fatores e deficiências que precisam ser trabalhadas.

**Orador:** E aí cabe a ele, no pós-operatório, procurar novamente.

**P5:** Primeiro, fala do envolvimento. Do envolvimento, essa é a grande importância, então, dentro do modelo tradicional das clínicas, o psicólogo, entrego o laudo e vê o paciente 30 dias depois da cirurgia e depois de 3 em 3 meses, esse é o protocolo pela ANS. A NovaBari, ela traz uma proposta diferente pega o laudo para você, vê aqui, ó, construir então, dentro disso, lá no final, as etapas pré-operatório, 3 consultas, depois, segunda etapa, pré-operatório antes da cirurgia, porque ele já sabe daquilo que faz a cirurgia, todos os exames, ele já colocou na agenda. 10 consultas numa proposta de mentoria é algo também que mais de 95% dos pacientes não fizeram terapia. Ele fala, Ah, é psicólogo? Eu troquei essa proposta, sou psicólogo, mas eu trabalho com eles a proposta da mentoria, que é algo muito atual e as pessoas gostam de mentoria e conhecimento, e aí ela fala, legal, mentoria com os Bari, o que é que é isso aí? Então a gente programa, são 10 consultas no pós-operatório, onde eu vou trabalhar na questão de volume alimentar como fonte de prazer. E todos nós temos, por isso que a gente bebe uma taça de vinho. Ah, o que mais? Sim, né? Eu devo toda zona de relaxamento que era mais um vinho, quero mais pedaço de pudim, eu quero mais isso, enfim, quero de lua. Depois eu faço regime de novo, eu me controlo. Fonte de prazer, então eu trabalho de 5 atendimentos isso e 5 atendimentos eu vou trabalhar a compreensão da dependência.

**Orador:** Entendi, aí vai mais numa voltada uma ideia de psicoeducação.

**P5:** Isso, psicoeducação, é esse o termo, só que eu não uso aqui.

**Orador:** É porque fica mais aderente, né? A mentoria.

**P5:** Aqui faço específico, educação, fez a cirurgia, ele vem para a terceira etapa, 36 consultas, que hoje eu diminui pra 24, se dá 2 consultas por mês, não dá? Não dá pra mim, vem um uma, e aí eu mostro pra eles em outras áreas, né? Eu falo isso se vocês também podem compreender que se parar para nós refletirmos e analisar o sucesso em qualquer área na faculdade, no esporte, na educação, no trabalho, na arte, na música. O envolvimento, você tem, quanto mais você se envolve, todos os dias. Todo dia, se puder. Isso vai levar você ao sucesso. É o que faz o profissional sair daqui, quando você olha ele depois de 5 anos, você está. Evoluiu o que o levou você a chegar lá? Isso aqui. Vocês estão vendo até minha última formação, eu também dou uma pesquisada, não existe isso aqui que vocês estão vendo.

**Orador:** É, os profissionais que a gente entrevistou, cada um trata de uma forma mesmo, é bem diferente.



**P5:** Essa proposta de dinâmica de pós-operatório não existe não. Não existe. Mas por que que existe aqui? Porque eu me dedico a isso. Por bem desse paciente, essa ansiedade, exemplo, a dor que a gente sente nos leva a resolver essa dor. Qual foi a minha dor, né? Eu estou liberando muito rápido. Eu tenho que cuidar deles do que que eu posso fazer. Aí é um profissional que não tem nada, a mente vai abrindo, vamos montar um e vamos fazer isso, o que que dá pra fazer? Monta uma estrutura, organiza pré isso, espaço, pronto. E aí quando ele vem, ele passa por aqui, isso aqui é uma energia, isso que é importante. Quando sair daqui a paciente, ele sai outra pessoa e falou, gostei disso daí! Minha amiga não tem isso daí no bariátrico dela lá na cirurgia ou na clínica que ela fez. Nossa ela tá ganhando peso fora do grupo, eu tenho que aderir ao programa de tratamento circular, que vendo o meu, vendo o dela, vendo o endócrino, vendo aqui todo mundo vendo o de todos. Cara, você tem que um com a equipe, não adianta ficar em grupo perguntando, e aí, o que é que você comeu que tá dando certo, o que é que isso? Você tem uma equipe, um Usain Bolt, Michael Phelps, são pessoas que a cada Olimpíada que eles participam, no mínimo 10 medalha que o cara ganha, e próprio a equipe dele, o treinador, ele vai falar, cara, acho que não preciso, você não precisa mais de mim, por que meu? Foi da hora, mas ele falou, cara, não, eu sou ser humaninho, tem dia que eu estou cansada, eu não quero, perdi o tempo, eu não percebo, você está aqui, me motiva, me traz uma outra evolução, porque ele também está estudando e aí ele fala, pô, eu só estou lá porque você está comigo.

**Orador:** Sim, ele traz essa importância, né? Do trabalho antes para o resultado.

**P5:** Na área do tênis eu acho lindo. Eu acompanho os campeonatos meu muitas vezes o cara pega, dá o carro. E eu, para quem? Cara, o meu técnico. Ia ganhar um prêmio milionário e tem mais aquele cara e fala eu vou lá. Eu acho lindo isso, e que reconhece o trabalho daquela pessoa que não está nem no palco, ninguém está vendo, mas ele. Cara, se não fosse você, se não é a equipe? Esse cara não consegue. 90% está com reganho de peso, porque ele não se sente abraçado. A equipe não criou esse lugar de aconchego, de pertencimento e é isso que vai revolucionar a diminuir essa estatística. Alguém tem que começar, a NoviBari começou e vocês, quando estão indo aqui, podem dar sequência a isso. Construindo um modelo ao trabalhar numa equipe, em uma empresa que seja meu. Hoje eu entendo, por isso a importância hoje valoriza muito, né, ao abrir para vocês que precisa estar lá vendo como trabalha, porque olha só ali.

**Orador:** Sim, nossa, sim nas pesquisas mesmo. Quando a gente começou, não é? Escolheu esse tema. Ele falou, Ah, mas esse tema aí, quando a gente começou a estudar, introduzir na parte teórica, caramba, mas tem tudo isso. Como é feito no SUS? Como é feito no particular, como é convênio tanto diferente. O acesso, né? Dificuldade de manter. Ele foi abrindo assim, fala, nossa, tem muita necessidade nessa área, muito carente, né?

É um dos motivos da nossa pesquisa, tem muitas pesquisas sobre o tema, mas a gente vê ainda que é muito assim. Ah, fala que precisa ter de protocolo mesmo, sabe? Tem que ter um nutricionista, um psicólogo, é, sabe, não entra naquele, é como que funciona, porque é que faz assim, então também foi uma das coisas que levou a gente a pesquisar sobre essa.

E de que forma você acredita que a sua especialização pode contribuir de forma positiva e ser um diferencial para o atendimento de bariátricos?

**P5:** O conhecimento mostra o caminho e apresenta ferramentas para o tratamento, nos aproxima das patologias. Já a experiência clínica nos aproxima do paciente na relação humanizada.

**P5:** Tem mais algum tema aí? Alguma dúvida?

**Orador:** Eu só queria fazer uma pergunta é, no caso você comentou que trata essa dependência da comida e tal, é uma compulsão, né, que a pessoa tem. Existe essa troca, pode haver isso de ela trocar essa compulsão, ela controlar a comida, assim?

**P5:** Sim, transferências de fontes de prazer negativas. Nós trabalhamos a transferências positivas. O esporte, a arte, a música então dentro da equipe, ele vai entendendo qual é o caminho natural que ele agora ele perdeu uma coisa, o nosso corpo tem uma percepção natural, que é a homeostase, a homeostase é isso aqui, muita luz, a pupila fecha. Muito calor, a gente transpira, o nosso corpo ele quer equilibrar. Quando ele perde esse equilíbrio nessa fonte de prazer. O que que essa pessoa, como ela se sente? Pra gente se sentir bem, eu tenho que fazer alguma coisa. Aí a gente tem memórias. A visão de áreas de prazer que já participamos, então na anamnese eu também, eu tenho algumas perguntas que eu vou mapeando essa pessoa, ela já bebeu? Parou? Não? É usuário de droga? Não? Pornografia? Fonte de prazer, é uma indústria milionária, sim? Parou? Não? Porque são todos um mapeamento que a gente vai fazendo, porque no pós pode ocorrer uma transferência negativa. Essa pessoa pode ser que ela não fale aqui, mas ela está indo já para uma outra transferência ruim, está indo para compras, mas é muitos pacientes que estão lá se endividando em cartões. Outras tem paciente que falam, nossa, até que eu não estou endividando, mas eu peguei uma mania de ficar no Mercado Livre comprando uma coisinho (*sic*) barato quando achou que ela percebe isso, prazer não tem comprar, né? Na cobrança sem necessidade e a gente começa a trabalhar isso e pacientes são poucos que foi pra bebida e por ai vai.

## ANEXO F - Transcrição da entrevista 6

### IDENTIFICAÇÃO:

**Nome Completo:** E.M.

**Idade:** 60 anos.

**Abordagem:** Terapia Cognitivo Comportamental.

**Formação Acadêmica:** Graduação em Psicologia.

**Especializações (Pós, cursos):** Pós em Terapia Cognitivo Comportamental. Cursos: Transtornos Alimentares (AMBULIM); Jornada a psicologia com atuação em Cirurgia Bariátrica.

**Área de atuação atual:** Psicóloga clínica especializada em Transtornos Alimentares, Cirurgia Bariátrica e Obesidade.

**Tempo de experiência na área de Psicologia:** Desde 1988 e na área de Cirurgia Bariátrica desde 2016.

**Orador:** Olá.

**P6:** Oi.

**Orador:** Tudo bem?

**P6:** Tudo e você?

**Orador:** Tudo certo também. E.M., primeiramente quero te agradecer por ter se disponibilizado de participar dessa entrevista e estar contribuindo com o nosso projeto. Eu enviei aí para você o termo de Consentimento e preciso que assine e me devolva. Só para te explicar um pouquinho, nosso projeto tem como tema a obesidade, e nossa pesquisa é em torno da cirurgia bariátrica. A atuação do psicólogo não pré e no pós-operatório. Então eu tenho aqui um roteiro com algumas perguntas para estar fazendo para você. Se você quiser acrescentar alguma coisa, fica à vontade. Primeiramente, só para eu me contextualizar aqui, qual é a sua abordagem de trabalho?

**P6:** É Terapia Cognitiva Comportamental.

**Orador:** Se você quiser se apresentar, fica à vontade.

**P6:** Tá bom, meu nome é E.M., né? Eu sou formada desde 1988. É bom, eu acho que você nem tinha nascido, né? (rsrs) Então aí eu me formei e fui trabalhar dentro de uma escola, né, com crianças. E aí depois que eu fiquei grávida, que foi nascer o meu neném, meu neném que já está com 34 anos, vai fazer agora semana que vem. Aí eu parei, né? Falei, não, quero cuidar dele. Logo em seguida fiquei grávida da minha filha. Depois, eu voltei a trabalhar com crianças também, com uma amiga, né, que ela era fono. E depois de um tempão, ela desistiu. Né? Ela entrou no Banco do Brasil. Então ela parou, né? E aí eu cheguei a parar também. E depois eu queria trabalhar com obesidade. Aquela época não tinha celular que você procurava as coisas e a internet era horrível, né? Eu achei no jornal o AMBULIM, que na época era um Programa de Tratamento de Bulimia e Transtornos Alimentares realizado pelo Hospital das Clínicas – na USP. Não sei se você conhece, fiz um curso... Fiquei um ano lá, eles me convidaram para ficar, né? E depois eu fiquei até 2018. E em 2018, eu entrei para outro curso. É outro curso não, outro Ambulatório (que é o que eu estou até hoje), é o Núcleo de Estudo de Obesidade, lá no Hospital das Clínicas de São Paulo mesmo.

**Orador:** Ah, que legal.

**P6:** Eu trabalho numa clínica também de cirurgia bariátrica e atendo também particular, né? Sem ser na clínica.

**Orador:** Ah sim. Bacana. E.M., quais fatores psicológicos você acredita estar associado a obesidade?

**P6:** Olha. É muito estresse, ansiedade.

**Orador:** E quais as causas encontradas com maior frequência em casos de obesidade?

**P6:** Problemas, né, que eu até brinco com os pacientes, os problemas são feitos para serem resolvidos e não comidos, né? É mais isso mesmo, né? Lá no hospital eu encontro bastante casos de abuso. É, mas fora do hospital, até agora não encontrei nenhum é mais.

**Orador:** E aí como que são tratadas essas questões, como que são trabalhadas?

**P6:** Mas em relação à cirurgia bariátrica?

**Orador:** É antes, né? Em relação à obesidade, existe antes da cirurgia um tratamento, um acompanhamento?

**P6:** É na clínica eles vêm direto para o laudo, né? Eles estão mais interessados no laudo. E aí, como eu estou lá no hospital, a gente é, eu aplico alguns testes para ver se tem transtornos de compulsão alimentares, tem bulimia, né? É depressão, suicídio, álcool, né? Aplico, alguns testes. Eu trabalho muito com a Scid que aqui no Brasil, lá no HC, nós somos um grupo que o Dr. Wang que desenvolveu, né? Desenvolveu, não. Ele trouxe para o Brasil isso. E ele traduziu pro português tudo, foi um trabalho grande, bonito... e o nosso grupo, se formou, né? Em aplicar a Scid.

**Orador:** E desses pacientes que chegam para você, quando eles estão procurando a cirurgia bariátrica, eles possuem um histórico de tratamento psicológico em busca de combater a obesidade?

**P6:** Ah, eles vêm de tratamentos, né, com médicos, com vários remédios. Tem uns que vai em academia (sic), mas aí não se sente bem nas academias, parece que está todo mundo olhando para eles e eles estão nisso há anos. Né? Então, um dos critérios pra quando não tem a comorbidade no grau 3, o grau 2 tem que ter o IMC, né? Até 35 é, eu acho que é isso, e comorbidade, né? Então eles já têm um histórico.

**Orador:** E aí eles já tentaram um tratamento antes, mas aí não tiveram sucesso?

**P6:** Não, não tiveram sucesso. Fica aquela briga com a balança, o efeito sanfona, né?

**Orador:** Certo. E o que que você acha que seria um fator assim que seja ligado a esse insucesso da perda de peso?

**P6:** Olha, geralmente é... alguns desistem porque, antigamente se falava em dieta, e hoje é reeducação alimentar, né? E dieta, ninguém, alguns conseguem fazer até o final, só que quando chega no final, fala assim: “agora eu posso comer de tudo, né?” E tem uns que desistem no meio do caminho. Hoje eu falo, hoje as nutricionistas trabalham mais com a reeducação alimentar, que você pode comer de tudo, mas não tudo, né? E a gente trabalha no pré também a mudança de hábito. Do hábito alimentar e comportamental, né?

**Orador:** No pré-operatório da cirurgia bariátrica, é possível identificar o sofrimento psicológico característico da pessoa portadora da obesidade?

**P6:** É mais estresse, ansiedade, depressão, as pessoas comem emoções, tem bastante transtorno de compulsão alimentar também.

**Orador:** Certo porque isso é uma condição para poder enfrentar depois os efeitos que a cirurgia vai trazer para a vida dele, né? Certo. E quando o paciente chega para ser avaliado tem algum protocolo de atendimento? Como que é esse procedimento para poder avaliar essa possibilidade da cirurgia?

**P6:** Como eu também faço parte lá da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, né? Nós temos um protocolo lá que ele foi desenvolvido por psicólogas. Eu até cheguei a entrar pra ajudar as meninas, mas aí eu não tinha tempo, né? Então eu saí fora, mas ele já está pronto. Esse ano? Esse ano não. O ano passado, nós tivemos no Rio de Janeiro, o Congresso. E aí ele foi apresentado lá pro pessoal, o protocolo. Né? Então é no mínimo umas 3 sessões pré-cirurgia bariátrica. Porque eu já peguei

paciente, é pós-bariátrico, que falou, nossa, eu fiz a minha 3 meses, eu não aguentava mais, né? Então não adianta ficar enrolando o paciente, né? Eles querem? É como que fala, fazer a cirurgia rápido, né? Então são 3 consultas que eu faço, tá? É raríssimo quando tem 4 consultas. É quando tem um paciente mais problemático, tal, aí eu vou, mas é muito raro, são 3 consultas. A primeira eu começo com a anamnese, eu explico para eles, primeiro é a anamnese, né? A segunda eu continuo com anamnese e aplico algumas SCIDs, né? E a terceira eu gosto de fazer com a família ou com amigos. Por quê? Porque eu preciso primeiro ver o apoio que ele tem. Né? E depois a família, os amigos, eles também têm as dúvidas deles, os medos, né? Então, para tirar as dúvidas comigo, para eles também acalmarem um pouco a ansiedade deles, né? Até atendi semana passada, um marido que, eu perguntei para ele isso, e se ele falou assim: “Ah, o meu medo é que ela morra”. Aí eu faço todo um psicoeducativo, né? Explico sobre imagem. Nesses 3 dias eu tento falar sobre tudo. Eu tenho minhas colinhas aqui, eu vou falando, né? Vou tirando as dúvidas deles.

**Orador: Então essas sessões pré-operatórias, esses encontros são mais de esclarecimento então?**

**P6:** É, é a anamnese, é mais para conhecer o histórico do paciente, como que começou a obesidade dele, entendeu?

**Orador: Certo. Então é investigado esse histórico dele com a obesidade também?**

**P6:** É.

**Orador:** E aí durante esse processo de avaliação, tem alguma comunicação entre o os profissionais dessa equipe multidisciplinar ou cada especialidade faz o seu laudo, no caso, em separado?

**P6:** Cada um faz o seu laudo, né? E põe, porque lá na clínica nós temos prontuário, aí está tudo no prontuário, né? Então a doutora atendeu, manda para a equipe, aí ela manda pro cardiologista, pra pra psicóloga, nutricionista, endócrino, né? Então o paciente está sendo assistido. A gente fala, a gente brinca, né, que eles fazem um casamento com equipe, né? Está sendo assistido de todos os lados.

**Orador:** Aí, no caso, tem uma relevância importante esses dados dos outros profissionais para o laudo psicológico também.

**P6:** O laudo é mais é por causa do, né? Pro convênio, para poder aprovar.

**Orador:** OK, certo. Na sua vivência clínica, quais as demandas apresentadas pelo paciente no pré-operatório relacionadas a obesidade?

**P6:** Porque eles passaram por tantas tentativas, não é? E nenhuma deu certo. A maioria deles falam: “A minha última tentativa vai ser a cirurgia bariátrica”. Então a demanda é sempre essa, né? É a última tentativa.

**Orador:** Certo. E aí, no caso assim, no pré-operatório são poucas sessões, né? Você comentou que são 3 antes da cirurgia, então não dá para fazer um tratamento psicológico, um acompanhamento terapêutico com esse paciente, né?

**P6:** Aham.

**Orador:** Nesse caso, se você percebe assim em algum momento, tem a possibilidade de você não aprovar esse paciente para o pré-operatório e identificar que ele vai precisar primeiramente de um tratamento psicológico ou psiquiátrico, quando é um caso muito grave... algo nesse sentido.

**P6:** É lá no hospital eu já brequei por causa que o paciente tinha, acho que 15 dias antes, tentado suicídio. Então isso daí já barra na hora, né? Isso.

**Orador:** Então em casos de tentativa de suicídio, aí não tem condição de dar o laudo favorável para o procedimento cirúrgico?

**P6:** É. E se tem um transtorno de uma Esquizofrenia bem aguda, né? Que nem eles (os pacientes) têm muito medo de ser barrado. Então eu já falo logo no começo: “Oh, eu sou psicóloga, não

“mordo”, tá? Estou aqui para te ajudar a passar pelo processo. Não pelo laudo”. Porque é difícil a gente barrar o laudo, mesmo se tem um transtorno de alimentar, né, uma bulimia, uma compulsão alimentar, isso não barra, mas ele tem que estar ciente que ele está fazendo uma cirurgia bariátrica e precisa de um acompanhamento pós-cirurgia bariátrica, porque não adianta nada fazer a cirurgia, senão vai ser mais uma tentativa que não vai dar em nada, né?

**Orador:** E aí nessa sua experiência você percebe que eles têm alguma tendência a não dar continuidade no tratamento?

**P6:** A maioria. A maioria eles procuram quando? Oh, eu tenho paciente de outras clínicas, que aí elas não passam com a mesma psicóloga da clínica. Eu acho que por vergonha, não sei casos de alcoolismo. Então, eu sempre faço psicoeducativos do alcoolismo, que depois a cirurgia bariátrica até 6 meses, né? Não, não, não colocar nenhum uma gotinha de álcool na boca. Porque aí fica... Tive uma paciente que ficou internada agora há 2 meses atrás, já é a segunda internação dela, por causa do álcool.

**Orador:** Nossa, aí é complicado. **Isso seria a troca uma compulsão por outra?**

**P6:** É, ela tinha antes compulsão alimentar. Aí depois ela trocou por compulsão por compras de comprar, comprar, comprar e nem usar. Estava lá guardado, ficava tudo enxotado lá no guarda-roupa (sic). E aí depois ela, experimentando a bebida, né? Ah, só um golinho. Foi o suficiente, né? Pra ela começar. Ah, porque é mais fácil, não sei o quê, e aí começa a beber, beber e não para mais.

**Orador:** Certo. E aí como que você faz para identificar isso, essa compulsão? É nessas sessões mesmo de retorno, na avaliação clínica mesmo, na conversa com o paciente, ou tem algum teste que você aplica?

**P6:** Sim, eu aplico o teste do Questionário Audit, para bebida alcoólica ou o Scid mesmo, né? É para transtornos alimentares, tem o BES (Binge Eating Scale), tem um monte. É que eu aplico Scid, né? Eu aplico o Madris, não sei se você conhece?

**Orador:** Não. Não conheço.

**P6:** É que o Madris, ele vê a depressão, mas ele vê da semana passada, né, a decência atual. É, tem outros também, né? Agora parece que liberaram o Beck de novo, né? Porque ele estava suspenso. Parece que agora foi liberado de novo. Eu gosto bastante do Beck, né? O BDI-II. Bom, mas eu tenho vários aqui.

**Orador:** E aí E.M., quais as consequências que podem acarretar ao paciente que interrompe o acompanhamento psicológico?

**P6:** A maioria é o reganho de peso, né?

**Orador:** Sim.

**P6:** Principalmente lá no hospital, no HC, né? Lá tenho bastante paciente que até eu estou fazendo um grupo, agora só com pacientes com reganho.

**Orador:** **Seria um grupo de apoio?**

**P6:** É, lá ele passa por vários grupos. Ele passa pela nutricionista, passa com educador físico. O meu grupo é o último, né?

**Orador:** Ah, tá. **Aí então lá no Hospital das Clínicas, existe dentro dessa equipe multidisciplinar, com outras especialidades, um grupo de apoio para pacientes com reganho de peso?**

**P6:** Agora na clínica, a gente percebe já no pré-cirurgia os pacientes que querem emagrecer mesmo por causa das comorbidades e os pacientes que é só estética.

**Orador:** É mesmo? **Você consegue perceber isso no atendimento?**

**P6:** Consegue. Aí nos pós esses daí da estética não voltam mesmo, né? Agora, aqueles que têm uma compulsão e tá tratando, que não sabe lidar com a emoção também, né? Que come... tá triste,

vai comer. Tá bravo, vai comer. Esses também ficam no acompanhamento psicológico, mas às vezes eles não têm condições financeiras também para fazer. Também é difícil.

**Orador:** E você acredita que tem algum aspecto é psicológico envolvido nisso? Em relação a nova identidade? Ao novo ambiente? Porque o paciente ele tem uma mudança de vida, né?

**P6:** Sim, tem. Tem várias mudanças. Tem paciente que muda o sabor do alimento: “Ah, não gostava disso, passei a gostar”, “Não gostava daquilo passei a comer” ou de “Gostava de comer aquilo, passei odiar”. Eu tinha um, eu tive um paciente, que ele era viciado em Coca-Cola, é até hoje ele não suporta ver depois da cirurgia, não suporta ver Coca-Cola, né? É, tem uns que falam: “Ah, eu não gostava de legumes”, essas coisas. Começa a apreciar porque, né? Começa a comer de novo, tal. É que mais que tem que eu percebo. Então, só que o que acontece, durante um ano e meio a 2 anos tem um emagrecimento, então eles estão é com autoestima lá em cima, né? Depois vai ter um platô. Isso eu explico para eles, eles não vão nem engordar nem emagrecer. Vai ficar na equitação, naquele platô. Depois, 10% do peso que ele perdeu ele ganha novamente, mas isso é normal, já é comprovado cientificamente e tal, né? É, então eu explico isso para eles, para eles não, não... Porque eles falam: “Ai, já estou engordando de novo, né?”, mas esses 10% do total que ele perdeu já é esperado.

**Orador:** Ah sim. Interessante. Eu não sabia disso.

**P6:** Eu explico, só para eles não ficarem com medo. E eles começam a fazer o quê? Eles começam, com os novos hábitos, a esquecerem e voltar para os velhos hábitos. Então, aqueles que comem não, não sabem... não fez, o acompanhamento, né? E não tratou o transtorno alimentar, não tratou o comer emocional. Não tratou? Eles voltam aos velhos hábitos, e aí começa o reganho.

**Orador:** E aí nesse caso, **então você percebe que quando tem um reganho é mais fácil dele voltar e procurar ajuda daí?**

**P6:** Aí sim, aí eles vêm procurar.

**Orador:** Certo, entendi. E quais alternativas que você traz para a prática mesmo para mudar essa situação? Voltar os mesmos hábitos de antes vai acabar partindo para o reganho, né? E aí que alternativas oferecidas? Como que isso é trabalhado?

**P6:** Tá. Na parte psicológica, eu trabalho com a terapia cognitiva comportamental, aí eu vou trabalhando toda essa parte emocional dele para ele saber lidar com as emoções, né? É nossa, é um. É um trabalho, sim. Depende do transtorno dele, né? É um pouquinho longo, né? Por quê? É que eles têm que perceber, a maioria deles não gosta de saber que a obesidade hoje é uma doença, né? E tem tratamento, mas o tratamento dela é a longo prazo? E eles querem tudo para ontem, não é? Eu falo para eles, a doutora não é uma Fada Madrinha. Você não foi dormir magrinho e acordou gordinho. É a mesma coisa. né? É claro que a cirurgia bariátrica, ela dá um empurrão assim, né? E é muito rápido o emagrecimento. No primeiro um ano e meio, nos primeiros 18 meses é bem rápido, então isso dá um up pra eles (sic). E depois, aí eles, tem alguns que voltam aos velhos hábitos e eu acho que justamente por não ter um suporte. Não, não fez o acompanhamento com o psicológico, né? Eles ficam muito com a nutri, a nutricionista. Eles ficam por causa do que tem que comer, o que não tem que comer tal, mas a parte psicológica não dá essa importância.

**Orador:** E aí eles não dão muita importância, né? É mais a procura pelo laudo para poder liberar para a cirurgia, né? Aí depois para voltar... Mas E.M., eu tenho uma dúvida. **Você já teve casos assim, que é que foi o contrário, tipo, ao invés do paciente ter um reganho de peso, ele parte para um outro estado de desnutrição por deixar de comer, porque daí por medo de engordar e tudo mais, ele deixar de comer e vai sair da obesidade e partir para uma outra doença da desnutrição. Já teve algum caso?**

**P6:** Olha, não. Comigo não. Mas já ouvi, já ouvi falar bastante de anorexia. Já peguei um caso de bulimia. É, porque a paciente comia, né? Aí ela não, não vomitava por causa da cirurgia, ela vomitava porque ela provocava o vômito, né? Porque ela ficava com culpa, né? Achava que ela tinha comido tanto e ela tinha feito a cirurgia.

**Orador:** Ah, okay. E.M., você tem alguma especialização nessa área? Você fez uma especialização para atender especificamente esses pacientes no pré e pós-operatório?

**P6:** Sim.

**Orador:** De qual forma você acredita que essa especialização possa contribuir positivamente e ser um diferencial para os atendimentos com pacientes bariátricos?

**P6:** Ah, é muito importante, viu? Porque é que nem uma paciente que ficou 3 meses com a outra psicóloga aqui, que não tinha nada a ver, elas não conversavam sobre obesidade, a outra não sabia o que está fazendo... Você não. Você tem que preparar o pré-operatório, né? Preparar o paciente. Pra ele saber onde ele vai caminhar, o que vai acontecer com ele, né? Então falar sobre imagem corporal, é porque muitos não acompanham, né? A imagem corporal para eles não se comparar com ninguém, porque cada um é único. Tem um monte de coisa que eu falo para eles, eu faço psicoeducativo de tudo, dá tempo né? Gozado que é, vai encaixando tudo e ainda às vezes eu estou fazendo anamnese, aí quando conforme eu... Ah, eu aplico também o teste das Escalas de Silhuetas de Stunkard. Você já viu a escala? Tem a figura desde o mais magrinho até o mais gordinho tal? Então aí eu explico, nessa parte eu falo da imagem corporal, né? Para ele, para a mente dele ir acompanhando o corpo. O que que ele precisa fazer? Tira foto dele antes, durante, depois, né? Porque muitos pacientes chegam e falam assim, aí, eu não eu não me via assim. Eu me vi em uma foto, eu vi que eu estou magrinho. Eu não me sinto assim. Porque o emagrecimento é tão rápido que a mente não acompanha.

**Orador:** Entendi. Mas está certo, é muito importante então, né, que o paciente, ele procure um profissional que tenha uma especialização nesse atendimento, porque isso não pode comprometer também aí o resultado, né? Do pós-operatório.

**P6:** Sim. E eu fiz o curso com uma das pioneiras da cirurgia bariátrica, que ela trabalhou com Garrido, né, que é um dos pioneiros na cirurgia bariátrica no Brasil, não sei se você já ouviu falar dele?

**Orador:** Sim, já.

**P6:** Ah, então aí da France e com a Andrea Levy. Eu fiz o curso com elas lá em Sorocaba, né? E ela que me passou. E o legal do Congresso também é isso. Você vê coisa nova, você encontra com todo mundo, do mundo inteiro, faz amizade com o mundo inteiro, com o psicólogo do mundo inteiro, nutricionista. Muito bom por causa disso.

**Orador:** Ai, que legal. Bom, mas é isso. E.M., acho que eram essas questões pontuais que a gente queria levantar nessa entrevista, e o nosso trabalho ele está em desenvolvimento. Então essa é a etapa onde a gente está coletando os dados, para poder estar fazendo essa análise das hipóteses que levantamos. E aí no próximo semestre, é quando a gente vai estar apresentando os resultados, né? O nosso professor orientador, que é o Osvaldo, que está acompanhando a gente na supervisão, e eu não sei se a Jaqueline comentou que a nossa faculdade é a Unip de Limeira, no interior de São Paulo, acho que você está na capital, né? Então, assim, o objetivo desse nosso projeto é de analisar esse público no processo para aprovação da cirurgia e a contribuição do psicólogo no pré e no pós-operatório. Então com esses resultados, a gente espera poder produzir conteúdo para o âmbito da cirurgia bariátrica. Compreender esse papel do psicólogo nesses procedimentos, e levantar a influência desses aspectos psicológicos. Então, eu acredito que a sua participação vai ser muito útil para a gente, né? Então eu agradeço você ter disponibilizado esse tempo.

**P6:** Ai, que legal. Pena que vocês estão longe, porque senão eu ia convidar você para vir para o hospital das clínicas trabalhar com a gente.

**Orador:** Ah é verdade. Nós iríamos adorar.

**P6:** Nós estamos precisando de psicólogos. Só que fica muito longe... são quantas hora de São Paulo?

**Orador:** São mais ou menos 2 horas.

**P6:** Tem gente de Sorocaba e ela vem toda semana. Nós trabalhamos de sexta-feira, é voluntário né. Lá você faz seu mestrado, doutorado... e lá você está dentro da USP né.

**Orador:** Nossa, com certeza seria demais. Quem sabe né?



**P6:** É... que sabe, rs.

**Orador:** E.M., mais uma vez, obrigada e boa noite para você.

**P6:** Boa noite. Obrigada.