

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL ACCOMPANYING IN THE PRE-AND POST-OPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY

ADRIELLE MARIA TOLEDO **DELAPRIA**. Psicóloga clínica.

Rua Marechal Candido Rondon, 835, Paranavai-PR, CEP 87704-900. E-mail: adrielletoledo@hotmail.com

RESUMO

A cirurgia bariátrica tem sido o método mais eficaz para o tratamento da obesidade mórbida. A presença do acompanhamento psicológico durante o processo pré e pós-cirúrgico é de suma importância para que o objetivo da perda de peso e uma qualidade de vida sejam atingidos. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem dentro da Psicologia que tem demonstrado grandes resultados no auxílio do período pré e pós-cirúrgico. Este estudo tem o objetivo de realizar um levantamento bibliográfico sobre a importância do trabalho do psicólogo no processo pré-operatório e pós-operatório. Assim, realizou-se um levantamento teórico, por intermédio de revisão assistemática junto às bases de dados livros, SciELO, PePsic e PubMed. O papel da TCC (Teoria Cognitiva Comportamental) é atuar como tratamento coadjuvante à cirurgia bariátrica para a obesidade desenvolvendo um atendimento humanizado, autoconfiança e qualidade de vida para os que passam pela cirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bariátrica. Obesidade. Terapia cognitiva comportamental.

ABSTRACT

Bariatric surgery has been the most effective method for the treatment of morbid obesity. The presence of psychological counseling during the pre- and post-surgical process is of paramount importance in order for the goal of weight loss and a quality of life to be achieved. Cognitive-behavioral therapy is an approach within Psychology that has shown great results in the pre- and post-surgical period. This study aims to perform a bibliographic survey on the importance of the psychologist's work in the preoperative and postoperative process. Thus, a theoretical survey was carried out through an unsystematic review of the databases of books, SciELO, PePsic and PubMed. The role of CBT (Cognitive Behavioral Theory) is to act as a coadjuvant treatment for bariatric surgery for obesity, developing humanized care, self-confidence and quality of life for those who undergo surgery.

KEYWORDS: Bariatric surgery. Obesity. Cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial que atualmente vem assumindo proporções epidêmicas, acarretando graves consequências para qualidade de vida das pessoas, se tornando um quadro de grande complexidade. Seus diversos tipos de tratamentos disponíveis geram uma grande ineficiência principalmente no que diz

respeito à manutenção da perda peso, ocasionando grande sofrimento aos obesos mórbidos, levando muitos a optar pelo procedimento da cirurgia bariátrica.

Muitos casos devido ao emagrecimento súbito ocorrem, quadros psíquicos como depressão, ansiedade, alcoolismos, gastos excessivos dentro de outras situações, porém por se tratar de uma situação nova, após a cirurgia ainda não existem instrumentos para mensurá-los.

O presente artigo tem como objetivo descrever a importância do acompanhamento psicológico, pré e pós-cirurgia bariátrica, assim trabalhando o psicológico desse paciente para que ele realize uma cirurgia bem sucedida e atinja seus objetivos.

Obesidade e Cirurgia Bariátrica

Desde a antiguidade existem relatos de pessoas obesas, porém, em alguns períodos da antiguidade, como na sociedade ocidental (região oeste do polo da terra), esta era tida como sinônimo de beleza (BARROS FILHO, 2004; REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

Em contrapartida no século XIX, a obesidade era entendida como resultado das dificuldades ou déficit moral e/ou de problemas psíquicos. Assim, o obeso passou a ser visto como uma pessoa de baixa autoestima, com limitações intelectuais, com mau funcionamento mental, covarde e egoísta. A obesidade era associada à falta de caráter ou distúrbios psíquicos dos indivíduos por ela acometidos, assim a representação estigmatizada da pessoa obesa (SEGAL, 2003).

A Obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal, que pode estar relacionada a comorbidades como diabetes, pressão alta, doença do coração, colesterol elevado entre outras, afetando o sujeito em um aspecto multifatorial como a saúde psicológica, aspecto social, físico e econômico (CARVALHO apud BACELAR, et al. 2003).

A organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) para detectar a obesidade e seu grau. Este instrumento de avaliação é o método que relaciona o peso com a altura elevado ao quadrado; assim, se o indivíduo estiver com o IMC maior ou igual a 30 e 34,9kg/m² obesidade grau I, 35 e 39,9 kg/m² obesidade de grau II, 40kg/m² grau III ou obesidade mórbida (OMS, 2002).

O aumento da obesidade no Brasil e no mundo está em evidência quando verificados dados de pesquisas, segundo a Organização Mundial de Saúde há uma projeção, que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e haverá mais de 700 milhões de obesos. Pelos riscos associados à obesidade, esta vem sendo considerada um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos e países não desenvolvidos, atingindo diversas faixas etárias (OMS, 2009).

Em virtude desse aumento de obesos e seus tratamentos convencionais como reeducação alimentar, remédios entre outros, muitas vezes sendo ineficazes na perda significativa de peso apresentando elevados índices de reincidência no ganho um tempo depois. A cirurgia bariátrica tem obtido resultados positivos perante a redução de peso e sua manutenção em pacientes com obesidade mórbida. (MURARA; MACEDO; LIBERALI apud CHOBAN, 2002).

A cirurgia bariátrica no Brasil passou a ser realizada no ano de 2001. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). São realizados três tipos de cirurgia para suprir as necessidades perante o perfil dos pacientes. Sendo assim, as técnicas cirúrgicas

podem ser classificadas:

- Cirurgias restritivas, que são as que visam diminuir o tamanho da câmara gástrica para propiciar saciedade precoce e consequente perda ponderal, a exemplo da banda gástrica.
- As cirurgias disabsortivas visam o desvio intestinal para diminuir a área absorptiva, a exemplo têm-se o bypass jejuno-ileal.
- E ainda as cirurgias mistas que combinam os dois mecanismos de ação, a restrição gástrica e desvio intestinal, a exemplo dessas técnicas têm-se o Bypass Gástrico em Y de Roux (Cirurgia de Capella) e a Derivação biliopancreática em Y de Roux (Cirurgia de Scopinaro). Atualmente, o Bypass Gástrico em Y de Roux tem sido a mais eficaz na indução da perda de peso e sua manutenção satisfatória, em longo prazo. (CARVALHO apud SZEGO et al., 2000).

O alimento além de fonte de energia e nutrientes deve ser visto como algo com o qual o homem se relaciona socialmente, pois a relação do alimento com a vida social se caracteriza através da presença da comida em diversos eventos sociais como a celebração de datas importantes, no ato de participar de refeições em conjunto, no ato de servir alimentos para as visitas e amigos (SANTOS; RIBEIRO, 2011).

Havendo assim a necessidade de investigar a história de vida deste paciente, como são realizadas as refeições em sua casa, para saber se este alimento ocupa um lugar além de uma necessidade fisiológica em sua vida e de seus familiares, assim poderemos esclarecer aspectos que podem ocorrer após cirurgia, como ao chegar em casa e não poder ingerir uma grande quantidade de alimentos enquanto conversa com sua família.

Em consequência à cirurgia, o indivíduo ficará satisfeito com uma pequena quantidade de alimento, podendo haver intolerâncias alimentares no primeiro ano de cirurgia estando associadas às adaptações do organismo à nova capacidade gástrica, às alterações do sistema gastrointestinal e à capacidade do indivíduo de se adaptar à nova realidade, não apresentando tempo determinado e variando individualmente (QUADROS, 2007).

Imagem corporal

Segundo Adami, Fernandes, Frainer e Oliveira (2005), a imagem corporal é um fenômeno humano que engloba aspectos cognitivos, afetivos, sócio/culturais e motores; está associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de construção e desenvolvimento está associado às concepções determinantes da cultura e sociedade, podendo ser influenciada por diversos fatores tais como, sexo, idade, meio de comunicação, crenças, valores e atitudes inseridas em uma determinada cultura.

Pesquisas demonstram que a insatisfação social aumenta na medida em que a mídia expõe belos corpos e este fato tem sido um dos principais fatores para que haja uma compulsão pela busca do corpo ideal. Um dos motivos que o profissional da saúde deve sempre ficar atento à relação mídia e ser humano, onde cabe orientar que o corpo deve ser pensado em uma diversidade genética, e não apenas um padrão estabelecido (VIEIRA, DANTAS, LACERDA, NOVAIS 2004, apud LABRE 2002).

A insatisfação com a imagem corporal é comum em indivíduos com sobrepeso e obesidade (CARVALHO apud WADDEN, 2001; SAWER, WADDEN, FABRICATORE, 2005). Uma pesquisa realizada por Stunkard e Wadden, em 1992, já descrevia um grupo de pessoas obesas com “disparidade” de imagem corporal, ou seja, na crença de que seu próprio corpo é grotesco e repugnante e que os outros o observam com hostilidade e sentimento de desaprovação. Ainda de acordo com os mesmos autores citados anteriormente, esses sentimentos podem tomar proporções tão exageradas que características pessoais positivas, como talento, inteligência e simpatia são deixadas de lado e se rotulam apenas aspectos negativos como fatores de personalidade.

Segundo Ogden e Evans (1996), citados por Carvalho (2006) a ideia de ser atraente e magro se tornou algo cultural, associando a magreza a atitudes positivas, como sucesso e atratividade, e a gordura, a atributos negativos como lentidão, características de autodepreciação, insatisfação corporal e dificuldade de relacionamento social, podendo levar a alterações de humor.

Habilidades Sociais

As Habilidades Sociais são os comportamentos e estratégias adquiridos durante nossa vida que usados de forma adequada, conseqüentemente, tornam-se fundamentais na convivência social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Para que o desenvolvimento adequado da personalidade ocorra, o indivíduo deverá ter uma boa relação com seu grupo social, e a sua adaptabilidade depende da adequação e estratégias já adquiridos perante as situações rotineiras; assim essas estratégias demonstraram suas características individuais (CAMPOS; DELPRETTE; DELPRETTE, 2004).

Estudos realizados por Miller e colaboradores (1990) mostraram um quadro de pessoas obesas que causam uma pior impressão nos demais, sendo consideradas menos agradáveis, menos habilidosas socialmente e com menor atratividade física que as não obesas. Demonstrando o quanto pessoas obesas são vistas de forma negativa frente a pessoas não obesas, essa visão dos outros pode levar a um estereótipo preconceituoso podendo gerar conseqüências psíquicas relevantes no obeso levando o indivíduo a uma própria rotulação de obesidade como algo ruim, surgindo problemas na área social (CORREIA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2004).

Porém, Miller, dando continuidade em seu estudo com o tema Habilidades Sociais e pessoas obesas, subsequente observou que as mulheres obesas entrevistadas obtiveram melhor desempenho em habilidades de conversação e desenvoltura social, o autor verificou ainda não haver diferenças entre pessoas obesas e não obesas quanto aos níveis globais da personalidade. Porém, ao analisar as medidas específicas, constatou que indivíduos obesos se avaliaram como menos autoconfiantes, com dificuldade em expressar sua opinião, em demandas relacionadas à alimentação ou dieta e mais depressivos em relação ao peso do que os indivíduos com pesos normais (MILLER, 1995).

Benedetti (2003), ao mencionar os efeitos do tratamento cirúrgico da obesidade, destaca a conquista da autonomia, expressão de sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, e a necessidade de fixar limites aos outros, se colocando socialmente como seres ativos.

Teoria cognitiva comportamental e seus apontamentos na cirurgia Bariátrica.

A base da teoria cognitiva comportamental é um conceito biopsicossocial, englobando assim todos os aspectos da vida desse paciente. Sua compreensão quanto terapia humana está baseada em uma compreensão de cada paciente, com suas crenças específicas e padrões de comportamentos. Assim o terapeuta irá conduzir de várias formas a mudança cognitiva e seus sistemas de crenças, para ter uma mudança emocional e comportamental duradora (BECK, 2013).

Na TCC, o indivíduo é confrontado consigo mesmo, com seus sistemas de crenças, avaliando as funcionalidades e consequências de suas crenças. O obeso tem vulnerabilidades específicas que predis põem ansiedade e depressão, bem como Transtorno de compulsão alimentar (MELO et al. apud BRILMANN et al., 2007).

O estabelecimento de uma aliança terapêutica que corresponde a um vínculo entre o terapeuta e o paciente o estabelecimento de confiança para com o mesmo é de extrema importância para que o acompanhamento psicológico nesta fase, pré e pós-cirúrgico, seja realizada com sucesso. A terapia cognitiva-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa do paciente perante o problema, orientada para os objetivos e focada nos problemas do paciente (BECK, 2013).

A Teoria Cognitiva-comportamental está baseada no modelo cognitivo, partindo da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem do evento (BECK 2013). Assim, a TCC aplica uma psicoeducação, que é aprendizagem desse paciente com mesma, que vai ensinando-o a identificar seus pensamentos distorcidos e sabotadores, bem como responder a eles de maneira funcional. Levando o paciente sentir-se melhor e a se comportar de maneira mais produtiva, trazendo ao obeso a mudança de seu comportamento pela modificação dos pensamentos (BECK, 2009). As modificações em seus pensamentos acompanham a mudança corporal, estabelecendo novas crenças e comportamentos mais adequados para atingir uma melhora em sua qualidade de vida.

O acompanhamento terapêutico em seu pré e pós-operatório irão prevenir as possíveis recaídas, promover uma auto compreensão e a participação consciente e ativa do paciente em seu tratamento frente à construção de sua imagem corporal, dando-lhe segurança, autoestima e potencializando itens que reforçam sua qualidade de vida, suavizando sinais de ansiedade e depressão (MELO et al. Apud LUZ; OLIVEIRA, 2013).

Acompanhamento Psicológico no pré e pós-operatório.

A psicologia passou a dar mais atenção à obesidade por volta das décadas de 40 e 50. Durante esse período começou se preocupar com os aspectos não visíveis da obesidade que poderiam ser descobertos por meio de investigações psicológicas, como, estudos capazes de detectar alterações da imagem corporal e de inúmeros outros fatores psicológicos que poderiam estar ligados a essa patologia (CARVALHO apud BÉKEI, 1984).

A atuação do psicólogo na cirurgia bariátrica em seu pré-operatório e pós-operatório possui basicamente dois grandes princípios, o primeiro é voltado à avaliação, diagnóstico e orientação ao tratamento das doenças associadas para diminuir possíveis complicações e riscos cirúrgicos; o segundo foco seria o preparo e a orientação do paciente sobre os cuidados pós-operatórios e mudanças nos

hábitos e no estilo de vida exigido pelo tratamento (Portaria n. 425, 2013; REPETTO; RIZZOLLI, 2006).

No pré-operatório deve-se trabalhar com este paciente a construção de uma aliança terapêutica entre paciente e terapeuta, desde a avaliação inicial com a entrevista psicológica, sendo um instrumento fundamental do método clínico e um dos mais importantes instrumentos empregados pelos terapeutas na avaliação do paciente (FRANQUES 2006).

Segundo Franques, “Compreender a situação atual do sujeito, ajuda a entender como a sua dinâmica básica e seus problemas emocionais atuais interagem com o meio ambiente” (2006, p. 59). Para o psicólogo, o relato do paciente abre espaço para as intervenções, possibilitando trabalhar os pensamentos distorcidos, e ajudando o paciente realizar suas escolhas; as informações de como esse alimento ocupa um lugar na vida desse indivíduo perante as relações sociais para serem trabalhados pensamentos automáticos e suas descrenças na própria capacidade de emagrecer, suas crenças, angústias, fugas, esquivas, buscando assim a compreensão totalitária do indivíduo.

A especialidade que visa o primeiro foco da psicologia é a intervenção e avaliação e ao preparo do paciente para a execução da cirurgia. Para Benedetti (2009), a avaliação psicológica serve como mediadora entre a indicação e a análise das mudanças psicológicas que ocorrerão com o paciente durante o tratamento. É de extrema necessidade o acompanhamento psicológico que possibilita identificar os pacientes que apresentam quadros psiquiátricos e ou questões emocionais que possam comprometer o tratamento, como também colaborar para tornar o paciente mais ativo no tratamento e corresponsável pelo seu sucesso.

O acompanhamento psicológico sobre a cirurgia proporciona esclarecimentos tais como referência aos riscos e benefícios que esta causa, desmistificando fantasias de perda de peso imediata, verificando expectativas perante a cirurgia, como crenças de solucionar todos os seus problemas ou de um corpo padrão social imposto pela mídia. Benedetti (2009) afirma ainda que a entrevista com os familiares é de extrema importância para obter informações sobre o paciente e o apoio que estes têm a oferecer. Os principais pontos a serem avaliados e trabalhados pelo psicólogo, destacados pelos autores são: a estrutura e funcionamento da família, o apoio prestado pelos familiares e a satisfação que isso gera para o paciente, bem como verificar qual a expectativa da família com a cirurgia (WADDEN; SARWER, 2006).

No que diz respeito aos aspectos comportamentais do indivíduo após a cirurgia bariátrica, é importante que seja trabalhado no pré-operatório a reordenação de rotinas. O sujeito deve estar preparado para que sua rotina diária se modifique, pois dependendo da cirurgia a que o paciente foi submetido o mesmo terá que fazer suplementação vitamínica contínua (MELO et al. apud NUNES, 2013; REZENDE, 2011). Aprender a estabelecer uma rotina com uma atividade física e reeducação alimentar para assim ter uma melhor qualidade de vida.

O ponto de estabelecer uma rotina deve ser trabalhado em ambos os momentos no pré e pós-cirúrgico, pois para ter boa qualidade de vida há necessidade de uma alimentação equilibrada e atividade física. O objetivo da cirurgia bariátrica é a saúde física, a autoestima, saúde emocional e sua melhora, é apenas consequência ou fator motivador para realizá-la. Sendo assim, para a eficiência da cirurgia o acompanhamento psicológico deve ocorrer anterior e posteriormente à cirurgia. Este acompanhamento é de suma importância para a eficácia da cirurgia, pois a realização da mesma não é garantia de eliminação da

obesidade, ela apenas irá amenizá-la por um tempo com a perda do peso, porém para este sucesso ocorrer deverá ter a manutenção com dieta, atividades físicas e um bom estado emocional (BRILMANN et al., 2007 apud MELO et al., 2014, p. 88).

Muitos obesos sofrem de compulsão alimentar antes da cirurgia e após esta ser realizada e a capacidade do estômago diminuída, o paciente tem desejo de comer, mas o faz em quantidade menor. O olhar para a comida é modificado, pois não conseguirá comer pratos e copos cheios, bem como a voracidade no comer e beber. Após a cirurgia, o paciente deverá ter uma ingestão lenta e em menor quantidade, modificando, assim, seus hábitos de forma drástica (BRILMANN et al., 2007; FRANÇA et al., 2012).

Os problemas como a ingestão alimentar compulsiva podem ser normalizados com a cirurgia devidos a redução da cavidade do estômago, podendo até desaparecer. Porém, caso essa compulsão alimentar continue a prevalecer deve se fazer uma investigação sobre quais os estímulos reforçadores que estão nesta alimentação compulsória. Assim existem três estímulos que se devem ser verificados: o estímulo biológico, como a fome, a sede ou o desejo incontrollável de comer; estímulos emocionais, como pensamentos desagradáveis, como raiva, ansiedade, frustração ou aborrecimento, este estímulo está ligado a pensamentos como “se eu comer ou continuar comendo poderei manter sentimentos bons por mais tempo”, podendo pensar que seus bons sentimentos, poderão desaparecer caso você não coma um pouco a toda hora e o problema predominante são alimentos com auto índice calórico e que o pós-bariátrico consiga consumir facilmente (exemplo: leite condensado); estímulos sociais, sendo este quando aspectos de sua cultura, meio de amigos, família, reforçam o paciente a comer, como situações em que o paciente deseja comer com a mesma intensidade das pessoas em sua volta, o relacionamento das pessoas que integram a família deste paciente, caso o alimento for um fator integrador dos habitantes da casa, o terapeuta deve psicoeducar este paciente para essas situações e identificar os pensamentos, chamados de sabotadores e que levam a comer de maneira inadequada; deve-se mudar a forma de enfrentar o problema e lidar com esses impulsos; é uma habilidade que se deve desenvolver e fortalecer chamada de o músculo de resistência onde é resistir a comidas calóricas e preferir comidas saudáveis, desfazer de pensamentos disfuncionais de como “caso eu não me alimentar como os demais integrantes de minha família não irei aproveitar o momento feliz totalmente”, deve-se identificar esses pensamentos, e permanecer no controle de sua alimentação (BECK, 2013).

No pós-operatório o acompanhamento multidisciplinar é fundamental para a cirurgia atingir seu resultado esperado seja sistemático ou frequente no primeiro mês e diminuindo com o passar do tempo. Respeitando as demandas de cada paciente para consultas mensais, trimestrais, semestrais nos primeiros dois anos e, após esse período, anualmente, por toda a vida (CARVALHO apud COTTA-PEREIRA; BENCHIMOL, 2006).

O papel do psicólogo deve abranger a qualidade de vida pós-cirurgia, pois estes pacientes já passaram por diversas vitórias até o momento, com a cirurgia realizada, a perda de peso, as melhoras na qualidade de vida. Sendo assim sentem-se numa fase de euforia devido a diversos reforços positivos das outras pessoas, como elogios (CARVALHO apud MAGDALENO; CHARN; TURRANO, 2006).

Logo que o paciente emagrece e o fator “obesidade” começa a sumir e todos os seus problemas não somem, pois o paciente obeso enfrenta a obesidade como o maior problema, e não conseguem identificar algum vazio, podendo começar gerar

o sintoma de angústia, tristeza, vontade de “beliscando” o tempo todo, e a preocupação com o aumento do peso novamente. Não havendo acompanhamento terapêutico satisfatório podem voltar com nova expressão, à via depressiva e a via compulsória (CARVALHO apud MAGDALENO; CHARN; TURRANO, 2006).

A primeira via depressiva começa com sintomas de vãos, sensação de vazios, perda de interesse por coisa que anteriormente faziam sentido, perda de eficiência no trabalho e angústia, e na segunda via compulsão. Depois de passado o sentimento de triunfo sobre o sintoma, o traço impulsivo, existe já na base de personalidade do obeso que começa pouco a pouco a se fazer presente e pressionar o indivíduo em direção ao alimento, instala-se ou o terror ou fascínio a bolachas, por exemplo, leite condensado, sorvete e chocolate, se instalando assim uma batalha psicológica do peso da balança e a compulsão dos alimentos. (CARVALHO apud MAGDALENO; CHARN; TURRANO, 2006).

A característica principal, no momento que começam a acabar os elogios sociais e estabilização do peso, surge a fase crítica. Um ano após a cirurgia, alguns pacientes insatisfeitos com os resultados, querem perder mais peso, com as peles excessivas e marcas em seu corpo que sobraram da obesidade tem grande impacto no autoconceito e no impacto da imagem corporal comprometendo a qualidade de vida e o funcionamento psicológico do indivíduo. O paciente que está em acompanhamento psicoterápico recebe uma psicoeducação da TCC com as condutas adequadas para sua qualidade de vida e este é o momento que o paciente reconstrói concretamente suas relações interpessoais, sua autoimagem e sua autoestima. É importante uma reestruturação de sua vida social, afetiva, sexual e profissional, havendo a necessidade de adaptação. Há necessidade de uma reorganização interna para aderir às mudanças de sua vida de forma eficaz (CALVALCANTE, 2009; REZENDE, 2011 apud MELO et al., 2014).

Esse trabalho pode ser individual ou em grupo com o mesmo objetivo. Será trabalhado o pensamento disfuncional acerca da autoimagem, as influências, emoções e comportamentos, que estão interferindo no paciente, trabalhado o valor pessoal, social, alimentação e questões acerca do peso, reestabelecendo crenças e pensamentos disfuncionais para o aumento da autoconfiança e a qualidade de vida. (BECK, 2013).

Outro aspecto a trazer na terapia após a cirurgia bariátrica é o fator do organismo se acostumar com a nova realidade, podendo haver um aumento do peso entre 5 a 9 anos, após a cirurgia, porém ocorrendo ou não este ganho, a cirurgia bariátrica em si tem consequências psicológicas positivas e negativas, como a elevação da autoestima, auto avaliação corporal, qualidade na alimentação e qualidade de vida entram em questões positivas, porém em questões negativas podemos ressaltar a crise na identidade, aceitar o corpo e a necessidade de ter uma readaptação alimentar sobre a visão do indivíduo “ex-obeso” sobre o “novo corpo” e as dificuldades expressadas depois da cirurgia (LUZ; OLIVEIRA, 2013 apud MELO et al., 2014, p. 87).

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado por meio de pesquisa tipo explicativa de natureza qualitativa para Gil:

Visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema

pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso. (2007, p. 41).

O estudo tem natureza qualitativa para Gil (2007, p. 41):

A análise qualitativa é menos formal do que a análise quantitativa, pois nesta última seus passos podem ser definidos de maneira relativamente simples. A análise qualitativa depende de muitos fatores, tais como a natureza de dados coletados a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que norteiam a investigação. Pode-se, no contato, definir este processo como sequência de atividade, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redução do relatório.

Este estudo será realizado diante de pesquisa bibliográfica, envolvendo livros e artigos científicos sobre a obesidade, cirurgia bariátrica e papel do psicólogo, para este fim foram utilizados os bancos de dados da SciElo (SciELO Social Sciences English) e Google acadêmico, foram utilizadas as seguintes palavras chaves, obesidade, cirurgia bariátrica, papel do psicólogo, pré-operatório e pós-operatório.

CONCLUSÃO

Considerando o aumento da obesidade mórbida, e uma busca por sanar esse problema, o obeso tem procurado a cirurgia bariátrica com objetivo de algo definitivo.

Porém, são de alta importância o acompanhamento psicológico desse obeso pré-cirúrgico, com o intuito de entendê-lo em um contexto social e subjetivo para que possa gerar uma orientação de doenças associadas e uma avaliação para diminuir possíveis complicações e riscos cirúrgicos.

O segundo foco do acompanhamento psicológico, seria o preparo e orientação do paciente sobre os cuidados pós-operatórios e mudanças nos hábitos e no estilo de vida exigidos pela cirurgia, focando assim em uma orientação cognitiva comportamental, para que este possa reestruturar seu pensamento e assim seus comportamentos, tendo assim a cirurgia o efeito pretendido.

REFERÊNCIAS

ABESO, **Associação Brasileira para o Estudo da obesidade e da síndrome Metabólica**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 13 de julho de 2016.

ADAMI, F. et al. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. **Revista Digital** – Disponível: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

ARASAKI, C. H. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. M. CLAUDINO & M. T. ZANELLA (Orgs.), **Guia de transtornos alimentares e obesidade** (pp. 287-296). São Paulo: Manole.

BARROS FILHO, A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 1, 2004. P. 1-3

BACELAR, S. et al. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. **Rev. Col. Bras. Cir**, Pernambuco, v. 30, n. 02, p. 98-105, mar./abr. 2016.

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Brats/2008_mes09_brats_05.pdf. Acesso em: 13 jul. 2016.

BECK, J. S. **Teoria Cognitiva-comportamental teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 23-39.

CARVALHO, C. R. **Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Pernambuco: Dissertação de Mestrado. 2009, p.23 á 39.

CAMPOS, T. N.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Sobrevivendo nas ruas: Habilidades sociais e valores de crianças e adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 3, n. 3. p. 515-520, 2000.

SANTOS, G. D.; RIBEIRO, S. M. L. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 321, 2011.

CHAIM A. E.; TURATO, E.R.; MADALENO, J.R. **Revista de psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 76 e 77, 2009.

CORREIA, S. K. B., DEL PRETTE, A. P.; DEL PRETTE, A. "Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório." **PsicoUSF** 9.2 (2004): 201-210.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FARIA, O. P. O papel da psicologia no serviço de cirurgia bariátrica. **Gastro Cirurgia** (OnLine). Disponível em: Acesso em: 13 julho 2016.

FRANQUES, A. R. M., ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuição da psicologia na cirurgia bariátrica**. Vetor editora, 2006, p. 27, 37,58,64.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELO, W. V. et al . A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.84-92, dez. 2014.Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18085687201400020004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Total de cirurgias de redução de estômago no ano 2008**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 01/07/2016, às 13h45.

Portal Brasil, Para que serve e como usar? Disponível em: [9].
<<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: 13 de julho de 2016.

MURARA, J. R.; MACEDO, L. L. B.; LIBERALI, R. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.2, n. 7, p. 87-99.

QUADROS, M.R.R. et al. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Bras Nutr Clin**, n. 22, p. 15-19, 2007.

Sociedade Brasileira de Cirurgia bariátrica e Metabólica. **Pesquisa obesidade 2007**. Disponível em: www.sbcm.org.br. Acesso em: 01 jul. 2017.

SEGAL, A. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Abeso**, v. 4, n. 12, 2003. Disponível: <http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

SZEGO, T. **Derivação gastrojejunal com ou sem anel**. Cirurgia da Obesidade, São Paulo, p.189-19. 2000.

REPETTO, G.; RIZZOLI, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. IN: NUNES, M.A. et al. **Transtornos Alimentares e obesidade** (pp.343-352). 2a ed. Porto Alegre, RS. 2006.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. et al. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do Brasil. **São Paulo Medical Journal**, 125, 155-162, 2007.

VIEIRA, F. R. et al. Efeitos das atividades físicas em academia na imagem corporal dos obesos. **Fitness & Performance Journal**, V.4, N.1, p.20.