

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
REVISTA TEMAS EM PSICOLOGIA

FABIANA CARVALHO MATIAS  
ORIENTADORA: MA. VANESSA LIMA BORGES

**ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Uberlândia – MG  
2020

**FABIANA CARVALHO MATIAS**

**ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para conclusão do programa Residência Multiprofissional em Saúde.

Orientadora: Ma. Vanessa Lima Borges

**Uberlândia – MG  
2020**

**Fabiana Carvalho Matias**

**Acompanhamento psicológico pós cirurgia bariátrica: revisão de literatura**

**Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para conclusão do programa Residência Multiprofissional em Saúde.**

**Orientadora: Ma. Vanessa Lima Borges**

**Banca Examinadora**

**Uberlândia, 20 de fevereiro de 2020**

---

**Ma. Vanessa Lima Borges (Orientadora)**  
**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG.**

---

**Profa. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Examinadora)**  
**Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG.**

---

**Ma. Márcia de Oliveira Prata (Examinadora)**  
**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia, MG.**

**UBERLÂNDIA,**  
**2020**

## RESUMO

MATIAS, F. C. **Acompanhamento psicológico pós cirurgia bariátrica: revisão de literatura**. 2020. 28 p. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde, Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.

A obesidade, considerada atualmente uma pandemia, é caracterizada como um acúmulo excessivo de gordura corporal, em extensão tal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. Pode levar ao sofrimento emocional devido principalmente ao estigma da sua condição e ao isolamento. Sua etiologia é complexa e multifatorial, portanto, necessita de uma intervenção interdisciplinar. A cirurgia bariátrica se apresenta como a melhor opção no tratamento da obesidade severa, mas é um procedimento que requer mudanças profundas ao estilo de vida do paciente e a exigência de novos hábitos, que interferem inclusive na dinâmica familiar. Seu sucesso vai além da redução e manutenção do peso, estão interligados também aos fatores psicológicos e psicossociais que podem perpassar a adesão, a possibilidade de recorrência de episódios depressivos e o reaparecimento de quadros psiquiátricos. É frequente o aparecimento de pele excessiva após a perda massiva de peso, o que tem grande impacto na imagem corporal e no autoconceito do paciente, comprometendo, em grande medida, a qualidade de vida e o funcionamento psicológico. No entanto “intervenções psicossociais não são rotineiramente oferecidas em programas de cirurgia bariátrica”. Este estudo tem como objetivo expor sobre a cirurgia bariátrica como recurso para a obesidade severa, e como os pacientes têm sido acompanhados no pós-operatório pela psicologia. Como metodologia, trata-se de uma revisão sistemática em periódicos nacionais e internacionais, compreendidos no período de 2009 a 2019, foram utilizados 11 estudos, de modo que em seu conjunto, o material foi remetido aos objetivos da pesquisa. Os resultados da pesquisa evidenciaram que o acompanhamento psicológico regular pós-cirurgia bariátrica está associado a melhores resultados cirúrgicos, se revelando eficiente e promissor nesse contexto, mas ainda sim é negligenciado pelos centros especializados nessa cirurgia. As pesquisas parecem indicar que há uma tendência crescente de ampliar e modificar os *sets* tradicionais de atendimentos psicológicos aliando-os as tecnologias virtuais. Foi criado em 2014 o primeiro protocolo que orienta o trabalho psicológico no pós-operatório, porém, por se tratar de uma área recente de atuação, compreende-se a importância de buscar por um aperfeiçoamento profissional. Verifica-se a necessidade de que o tempo de atendimento psicológico ofertado possa ser ampliado e compatível com a necessidade de cada indivíduo. Concluímos que necessita-se de mais estudos que abarquem os efeitos psicológicos desencadeados pela cirurgia bariátrica, as diversas técnicas e abordagens em psicologia, bem como a busca em aperfeiçoá-las. Estamos caminhando para um melhor entendimento dessa população e que esse conhecimento possa influenciar no desenvolvimento de novas políticas públicas nesse contexto.

**Palavras-chave:** obesidade; cirurgia bariátrica; psicologia.

## ABSTRACT

MATIAS, F. C. **Psychological monitoring after bariatric surgery: literature review.** 2020. 28 p. Conclusion of Multiprofessional Residency in Health, Hospital de Clínicas, Federal University of Uberlândia, Minas Gerais, 2020.

The obesity, currently considered a pandemic, is characterized as an excessive accumulation of body fat, to such an extent, that it harms individuals' health. It can lead to emotional suffering mainly due to the stigma of their condition and isolation. Its etiology is complex and multifactorial, therefore, it needs an interdisciplinary intervention. Bariatric surgery presents itself as the best option in the treatment of severe obesity, but it is a procedure that requires profound changes to the patient's lifestyle and the demand for new habits, which even interfere in family dynamics. Its success goes beyond reducing and maintaining weight, they are also linked to psychological and psychosocial factors that can permeate adherence, the possibility of recurrence of depressive episodes and the reappearance of psychiatric conditions. Excessive skin appears frequently after massive weight loss, which has a major impact on the patient's body image and self-concept, compromising, to a large extent, the quality of life and psychological functioning. However, “psychosocial interventions are not routinely offered in bariatric surgery programs”. This study aims to expose about bariatric surgery as a resource for severe obesity, and how patients have been monitored in the postoperative period by psychology. As a methodology, it is a systematic review in national and international journals, from 2009 to 2019, 11 studies were used, so that, as a whole, the material was sent to the research objectives. The results of the research showed that regular psychological monitoring after bariatric surgery is associated with better surgical results, proving to be efficient and promising in this context, yet it is neglected by centers specialized in this surgery. Research seems to indicate that there is an increasing tendency to expand and modify traditional sets of psychological care, combining them with virtual technologies. In 2014, the first protocol that guides psychological work in the postoperative period was created, however, as it is a recent area of activity, the importance of seeking professional improvement is understood. There is a need for the time of psychological assistance offered to be extended and compatible with the needs of each individual. We conclude that more studies are needed to cover the psychological effects triggered by bariatric surgery, the various techniques and approaches in psychology, as well as the search to improve them. We are moving towards a better understanding of this population and that this knowledge can influence the development of new public policies in this context.

**Keywords:** obesity; bariatric surgery, psychology.

## Sumário

<b>1.Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>2.Objetivo.....</b>	<b>11</b>
<b>3.Justificativa.....</b>	<b>11</b>
<b>4.Metodologia.....</b>	<b>12</b>
<b>5.Resultados.....</b>	<b>13</b>
<b>6.Discussão.....</b>	<b>16</b>
<b>7.Conclusão.....</b>	<b>23</b>
<b>8.Referências.....</b>	<b>25</b>

## 1. Introdução

A obesidade é compreendida como uma doença crônica, não transmissível e de causa multifatorial, ou seja, por uma combinação de elementos. Pode ser caracterizada, de modo simples, como um acúmulo excessivo de gordura corporal, em extensão tal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. A classificação é realizada em níveis, de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC), em que valores entre 30,0 e 34,9 Kg/m<sup>2</sup> representa obesidade grau I, IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m<sup>2</sup> obesidade grau II e  $\geq 40,0$  Kg/m<sup>2</sup> corresponde a obesidade grau III, esta última também é conhecida como obesidade mórbida ou severa. Considerada uma pandemia do século XXI, representa uma questão de saúde pública mundial que necessita da atenção dos diversos profissionais da área. (MARIA; YAEGASHI, 2016; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004)

Baseando-se no levantamento realizado pela World Health Organization (WHO) de 2016, existem cerca de 2 bilhões de adultos com excesso de peso, dos quais 650 milhões são considerados afetados pela obesidade (IMC  $\geq 30$  kg / m<sup>2</sup>). Isso equivale a 39% de adultos com 18 anos ou mais que estavam acima do peso e 13% de obesos. A prevalência mundial da obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016. Entre crianças e adolescentes de 5 a 19 anos são mais de 340 milhões que estavam acima do peso ou obesas em 2016.

No Brasil, a estimativa de pessoas com obesidade segue a tendência mundial, crescendo cada vez mais. A Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) baseando-se nos levantamentos realizados pelo IBGE entre 2008/2009 “apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, estaria em torno de 15%.”

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) em 2017 destaca alguns fatores que estão relacionados há obesidade como a tendência genética, sendo que 50 a 80% dos filhos de pais obesos tendem a ser obesos em comparação a pais com peso dentro da normalidade definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS); falta de atividade física; ingestão excessiva de alimentos e problemas hormonais como alterações nas funções das glândulas suprarrenais, tireoide ou da região do hipotálamo. Além dos fatores apresentados anteriormente, Orlando et al. (2014) destaca os desencadeantes metabólicos, psicológicos, psicossociais, culturais, ambientais (etilismo, tabagismo) e motivacionais; que podem estar correlacionados ou

interagir uns com os outros. Oliveira, Boff e Zancan (2016, p.165) fazem referência a Asban (2015), citando que “a maioria dos casos está associada ao consumo de alimentos altamente calóricos, ricos em gordura, sal e açúcar e ao sedentarismo”.

O excesso de peso corporal está diretamente relacionado com o aumento do risco de desenvolver outras comorbidades como: metabólicas (resistência a insulina e desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2, gota), eventos cardiovasculares (hipertensão arterial, agravamento das varizes, arteriosclerose, alteração nos triglicerídeos e colesterol, risco de acidente vascular cerebral e de infarto), alteração no aparelho reprodutor e urinário (amenorreia em mulheres e nos homens impotência sexual, incontinência urinária) desgastes articulares e nos ossos pela sobrecarga de peso do corpo. A condição de obesidade grave também está associada a outros problemas de saúde, como por exemplo, risco aumentado de embolia pulmonar por alterações da coagulação sanguínea, dificuldades respiratórias e apneia do sono, e até alguns tipos de câncer (de mama, intestino grosso, útero, entre outros) e alterações psicológicas (depressão, ansiedade, dificuldades interpessoais). Além de poder estar presente na obesidade deficiências de vitaminas e minerais. (SBCBM, 2019; OLIVEIRA, BOFF & ZANCAN, 2016)

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, portanto, necessita de uma intervenção interdisciplinar. A primeira opção de tratamento é o chamado clínico, que envolve uma mudança do estilo de vida, que inclui dieta, exercícios, medicação; com acompanhamento do endocrinologista e nutricionista. Podem fazer parte da equipe um psicólogo, fisioterapeuta ou educador físico. Para fins deste estudo daremos ênfase ao trabalho do psicólogo. De acordo com a SBCBM [201-a]:

O objetivo principal da avaliação psicológica é identificar e tratar alterações psicológicas e/ou aspectos emocionais que possam prejudicar o sucesso do tratamento, bem como ajudar o paciente a compreender a sua forma de se alimentar no presente e ao longo dos anos, além da influência do seu estilo de vida sobre sua saúde.

Tal como em crianças, quanto em adultos, a obesidade pode levar ao sofrimento emocional devido principalmente ao estigma da sua condição e ao isolamento, reduzindo a frequência à escola, dificultando a busca de trabalho e a manutenção de um emprego. O estudo de Maria e Yaegashi (2016, p.74), reforça que “pesquisas na área da psicossomática confirmam que alterações no âmbito das emoções

podem afetar significativamente o corpo físico desencadeando alterações nas sinapses dos hormônios no organismo humano”. São muitos os aspectos envolvidos que perpassam a relação do indivíduo com a obesidade, indicando assim que o papel do psicólogo é bem amplo. Pacientes obesos, em geral, apresentam percepções imprecisas da necessidade de dietas, assim como baixa autoavaliação de seus estados de saúde e tendência ao isolamento social (Fonseca & Matos, 2005), de forma que é importante conhecer o perfil psicológico para a promoção de estratégias de saúde e adesões mais eficientes.

Como nos indica no estudo de Brilmann (2016), a primeira opção de tratamento clínico não se mostra suficiente ou eficaz para beneficiar indivíduos com obesidade severa. Essa população de pacientes:

Apresentam também dificuldades adicionais relacionadas à avaliação clínica e ao tratamento em razão das grandes proporções corporais, das dificuldades de locomoção, dos problemas de higiene e do constrangimento em expor-se. (p. 384)

Nesse caso trata-se de uma condição refratária aos tratamentos clínicos, com intervalos de remissão, seguidos de recaídas. Brilmann (2016) baseia-se, em dados que apontam que a taxa de recidiva do peso pré-tratamento ou aumento nessa população é de 98% ao longo dos anos. Nesse contexto a opção cirúrgica necessita ser considerada, tendo em vista a sua efetividade a longo prazo.

A cirurgia bariátrica e metabólica<sup>1</sup>, também conhecida popularmente como redução do estômago é destinada ao tratamento da obesidade mórbida e/ ou obesidade grave, oferece o índice de redução de massa corporal de 50 a 60% em média de dez anos. O avanço de técnicas e tecnologias levou a especialidade a se tornar uma alternativa não só contra a obesidade, mas também à remissão de doenças associadas ou agravadas pelo excesso de gordura corporal, como aponta a Equipe Gástrica Especializada em Obesidade (EGEO). Inúmeras entidades, entre elas a OMS e o Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica (NICE), têm documentado que a

---

<sup>1</sup> O conceito de cirurgia metabólica foi incorporado há cerca de dez anos pela importância de estudos científicos demonstrando que os órgãos envolvidos na cirurgia produziam substâncias hormonais e que a cirurgia na verdade alterava esse equilíbrio hormonal inicial de uma maneira benéfica ao paciente obeso, seja na perda de peso, seja no controle e até na cura de doenças endocrinológicas, como o diabetes, hipercolesterolemia, hiperuricemia e até na hipertensão, parte da síndrome plurimetabólica.

perda de peso ademais permite a redução do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida.

Em 1970 teve início a história da cirurgia bariátrica no Brasil com o cirurgião Salomão Chaib da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Os primeiros resultados foram desencorajadores, envolvendo problemas com a segurança dos pacientes e técnicas cirúrgicas que permitiram resultados limitados. Cirurgiões e médicos mantiveram as pesquisas e acompanharam as tendências internacionais.

Em 1980, que Edward E. Mason, M.D – cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, possibilitando caminho para o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas. Durante a década de 1990 outras técnicas foram sendo aprimoradas, centros de cirurgia se expandiram, permitindo assim diminuir a incidência da morbidade e da mortalidade destas operações, promovendo resultados mais consistentes em médio e longo prazo.

O Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza operações deste tipo, com 100 mil registros por ano, e fica atrás apenas dos EUA. Apesar do crescimento nos últimos dez anos ainda não foram atendidos nem 1% dos candidatos elegíveis a cirurgia, se observa um longo tempo de espera e alto custo financeiro. (SBCBM, [201-b])

No pré-operatório, o paciente deve realizar uma série de exames, além de realizar consultas obrigatórias com os seguintes profissionais: cirurgião, cardiologista, psicólogo, psiquiatra, e nutricionista, visando evitar complicações cirúrgicas imediatas e tardias. O procedimento cirúrgico pode ser realizado por abordagem aberta, videolaparoscopia, robótica ou por procedimento endoscópico (ainda em estudo). As cirurgias diferenciam-se pelo seu funcionamento, e são didaticamente classificadas em:

- restritivas: podem ser cirurgias exclusivamente restritivas quando diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de receber, mas não alteram a fome; ou serem restritivas e metabólicas ao reduzirem também o grau de fome e ajudar a induzir à saciedade precoce. Como exemplos temos a banda gástrica ajustável (restritivo), gastrectomia vertical (restritivo e metabólico);
- disabsortivas<sup>2</sup>: alteram pouco ou nada do tamanho e da capacidade do estômago em receber alimentos, entretanto causam um desvio intestinal,

---

<sup>2</sup> Essa técnica não é recomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

reduzindo o tempo do alimento no intestino delgado, o que altera drasticamente a absorção dos alimentos. Exemplo: payne, bypass jejuno-jejunal;

- técnicas mistas: causam uma restrição na capacidade de receber o alimento pelo estômago, além de ser realizado em conjunto um curto desvio do intestino com discreta má absorção de alimentos. Como exemplos temos a cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux ou fobi-capella, derivação biliopancreática. São as cirurgias mais realizadas e com maiores índices de satisfação pela manutenção do peso ao longo prazo e grande controle das doenças associadas à obesidade.

Esse tratamento cirúrgico pode ser indicado para pessoas com IMC<sup>3</sup> entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades classificadas por um médico especialista na área da doença como “grave”, IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades ou IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença de comorbidades. Ter realizado tratamentos prévios sem sucesso ou com recidiva de peso também é um critério investigado. Outro fator a ser analisado é a faixa etária, sendo que acima de 18 anos e abaixo de 65 não há restrição quanto à idade. Demais idades necessitam avaliação multidisciplinar, e no caso específico de menores de 18 anos também o consenso familiar ou do responsável pelo paciente, entretanto em casos de síndrome genética a indicação passa a ser unânime. (BRASIL, 2017)

O procedimento cirúrgico está contraindicado para pacientes que não possuem o suporte familiar adequado, para aqueles com quadros psiquiátricos não controlados – inclui o uso contínuo de álcool e/ ou drogas ilícitas –, a existência significativa de limitação intelectual e também de doenças genéticas. A presença de transtornos psiquiátricos graves antes da cirurgia está relacionada com resultados menos efetivos no período pós-cirúrgico. (BRILMANN, 2016).

“Entre 20 a 50% dos pacientes começam recuperar o peso nos primeiros 18 a 24 meses após a cirurgia”, como é discutido por Brilmann (2016, p. 290/291), momento em que a adesão não é mais facilitada pelos efeitos metabólicos e físicos da cirurgia. Precisa haver após a cirurgia uma redução importante na quantidade de alimentos consumidos, haverá a necessidade de um acompanhamento com um nutricionista ao longo de toda a vida para receberem orientações quanto a uma dieta adequada ou para corrigir complicações nutricionais. Na situação de mulheres que desejam engravidar devem aguardar um período de 15 a 18 meses. E porventura, uma cirurgia para retirada

---

<sup>3</sup> O IMC precisa estar estável há pelo menos dois anos e as comorbidades em faixa de risco.

de pele deve ser avaliada depois de dois anos. Após ocorrer o procedimento cirúrgico, mensurar o sucesso vai além de avaliar a redução e manutenção do peso, estão interligados também aos fatores psicológicos e psicossociais que podem perpassar a adesão. (SBEM, 2012)

Devido à possibilidade de recorrência de quadros psiquiátricos como transtornos depressivos, ansiosos e alimentares, bem como a necessidade de adaptação a uma nova reeducação alimentar, o acompanhamento psicológico no pós-operatório se faz extremamente relevante. (CONCEIÇÃO et al., 2013a; CONCEIÇÃO et al., 2013b)

Também é muito comum o surgimento de pele em excesso após uma significativa perda de peso gerando impacto na imagem corporal e autoconceito do paciente o que compromete a qualidade de vida e o equilíbrio emocional devido aos sentimentos de vergonha e isolamento. (KITZINGER et al., 2012)

As metas irrealísticas criadas pelos pacientes sobre a quantidade de peso eliminada com a cirurgia também são aspectos importantes a serem levados em conta. Pode-se observar que uma expectativa de perda de peso irrealística pode ocasionar uma percepção errônea de fracasso e esse equívoco levá-los a desistir, ceder aos velhos hábitos e recair. (BRILMANN, 2016)

A partir do exposto podemos perceber que a cirurgia bariátrica e metabólica trata-se de um procedimento que requer mudanças profundas ao estilo de vida do paciente e a exigência de novos hábitos, que interferem inclusive na vida dos familiares. É preciso considerar o aparecimento de fatores de estresse e criação de expectativas irrealistas que não serão atingidas com a perda de peso. Ainda assim, “intervenções psicossociais não são rotineiramente oferecidas em programas de cirurgia bariátrica”, o que nos demanda a aprofundar o conhecimento sobre o acompanhamento psicológico no pós-operatório. (BRILMANN 2016, p.391).

## **2. Objetivo**

Buscar na literatura científica as produções que abarcam a obesidade e sua forma de tratamento pela cirurgia bariátrica e verificar como os pacientes têm sido acompanhados no pós-operatório pela psicologia.

## **3. Justificativa**

Este estudo tem sua importância pautada na gravidade da obesidade para a saúde humana, bem como na importância do acompanhamento psicológico pós-cirúrgico aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

O trabalho é parte da atuação como psicóloga no Programa de Residência Multiprofissional em Nutrição Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). O interesse por aprofundar o tema do acompanhamento psicológico em cirurgia bariátrica surgiu durante a disciplina de Seminários de Estudo Interdisciplinares<sup>4</sup>, bem como em razão das discussões de casos, supervisões e reflexões do cotidiano durante a residência, que me fizeram despertar para a seguinte problematização: durante a cirurgia bariátrica conforme preconiza a resolução (CFM-1.942/10), do Conselho Federal de Medicina, o paciente candidato a cirurgia bariátrica deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional capacitada, o que inclui o psicólogo, nos períodos de pré e transoperatório e posteriormente fazer o seguimento. Portanto, por que a extensão do acompanhamento pós-cirúrgico não está definido em lei? E como tem sido na prática este seguimento pós-cirúrgico?

#### **4. Metodologia**

Para desenvolver esta proposta, primeiro foi realizado um levantamento bibliográfico, por meio de uma revisão sistemática em periódicos nacionais e internacionais, nos últimos 10 anos, ou seja, compreendidos no período de 2009 a 2019, nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Pepsic*, *PsycInfo*, *Index Psi*, *Lilacs*, *Medline/PubMed*. A seleção foi feita pela combinação dos seguintes descritores: obesidade (obesity); cirurgia bariátrica (bariatric surgery); psicologia (psychology). Foi utilizado como critério de inclusão: (1) estudos publicados em português, inglês e espanhol; (2) relevância com o tema a ser estudado. Foram excluídos: (1) artigos repetidos; (2) estudos controlados; (3) capítulos, livros ou editoriais.

As revisões sistemáticas são rigorosas e passíveis de reprodução. Buscam obter uma ampla visão sobre o assunto a ser estudado, bem como conhecer o que já foi publicado em seus diferentes pontos de vista. Permite esclarecer ou instigar dúvidas, apoiar decisões de estudos, cobrir brechas na literatura, conhecer as pesquisas bem

---

<sup>4</sup> Componente curricular do Programa de Residência em Área profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) da Faculdade de Medicina – UFU, cuja ementa é: Discussão de temas de interesse multidisciplinares vivenciados na prática, abordados por profissionais das diferentes profissões que participam do Programa de Residência Multiprofissionais.

sucedidas, auxiliar na elaboração de melhores estratégias em pesquisa, observar possíveis falhas nos estudos realizados, evitando assim cometer os mesmos equívocos/erros. Esse tipo de pesquisa oferece crédito a criação intelectual de outros autores, otimiza o tempo a ser gasto e os custos em insumos que subsidiam a ciência. Visam melhorar a exatidão e confiabilidade dos resultados obtidos, trazendo real contribuição para o meio científico. (SANTOS, 2018)

## 5. Resultados

Mediante a realização do levantamento inicial dos dados, foram encontrados 171 artigos por meio dos descritores já mencionados: obesidade (obesity); cirurgia bariátrica (bariatric surgery); psicologia (psychology). Foram excluídos aqueles que não possuíam relevância com a temática. A partir da leitura dos resumos, 25 artigos foram selecionados para leitura completa dos trabalhos, porém, após a leitura na íntegra separamos 11 artigos, tendo em vista que se alinham aos interesses desta pesquisa. Os estudos que foram utilizados nesta pesquisa podem ser descritos de acordo com a Tabela 1 que os sintetiza, considerando os seguintes pontos: o título do artigo, o ano de publicação, a base de dados, o país, o tipo de pesquisa e também a abordagem utilizada.

**Tabela 1- Descrição das informações dos artigos utilizados nessa pesquisa.**

Nº	Título	Ano de Publicação	Base de Dados	País	Tipo de Pesquisa	Abordagem
1	Grupo de apoio psicológico pós cirurgia bariátrica: relato de experiência	2018	Pepsic	Brasil	Relato de experiência	Psicoeducação
2	Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery	2016	Medline/PubMed	Estados Unidos	Estudo Piloto	Terapia de Aceitação e Compromisso
3	Association of Psychiatric History, Attendance at Postoperative Support Groups, and Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Pilot Study	2014	Medline/PubMed	Estados Unidos	Estudo Piloto	Abordagens da Saúde
4	Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica	2009	SciELO	Brasil	Relato de observação	Psicanálise

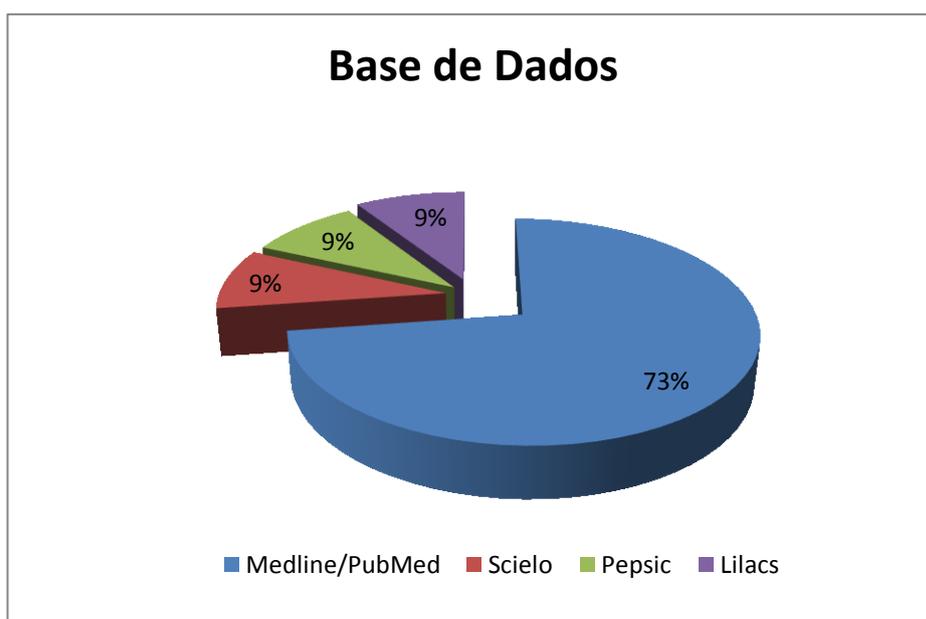
5	Psychiatric Evaluation and Follow-Up of Bariatric Surgery Patients	2009	Medline/PubMed	Estados Unidos	Estudo de Caso	Abordagens da Saúde
6	Evolución psicológica de los pacientes afectos de obesidad mórbida intervenidos mediante una gastrectomía tubular.	2014	Medline/PubMed	Espanha	Pesquisa quase-experimental	–
7	Evaluación y manejo psicológico del paciente candidato a cirugía metabólica	2012	Lilacs	Chile	Relato de experiência	–
8	Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients.	2017	Medline/PubMed	Países Baixos	Revisão sistemática	Terapia Cognitivo Comportamental
9	‘The rollercoaster of follow-up care’ after bariatric surgery: a rapid review and qualitative synthesis	2018	Medline/PubMed	Inglaterra	Revisão sistemática	–
10	An Assessment of Patient Behavioral Requirements Pre- and Post-Surgery at Accredited Weight Loss Surgical Centers	2011	Medline/PubMed	Estados Unidos	Análise Documental	–
11	Psychological flexibility and the gains of acceptance-based treatment for post-bariatric surgery: six-month follow-up and a test of the underlying model	2012	Medline/PubMed	Suécia	Estudo clínico randomizado	Terapia de Aceitação e Compromisso

Nessa pesquisa, foram incluídos artigos publicados entre 2009 e 2019, como indica a figura 1, que auxiliam a compreender a distribuição ao longo desses anos. Nenhum ano se sobressaiu no número das publicações, mantiveram o número máximo de duas publicações ao ano, contudo durante os anos de 2010, 2013 e 2019, não foram encontrados nenhuma publicação que pudesse ser submetida aos objetivos dessa pesquisa.

A figura 2 apresenta a prevalência de artigos detectados por base de dados, considerando a proporção final dos 11 artigos escolhidos. Foi possível identificar que a maioria dos estudos, 73% são da base de dados *Medline/PubMed*, e os demais da *Scielo*, e *Lilacs*, na respectiva correspondência de 9% cada grupo. Para essa revisão bibliográfica foram escolhidos textos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, foi observado que a maioria dos artigos são da América do Norte, originários dos Estados Unidos, e na segunda colocação, de países Europeus, e por fim de países da América do Sul, em destaque para o Brasil.

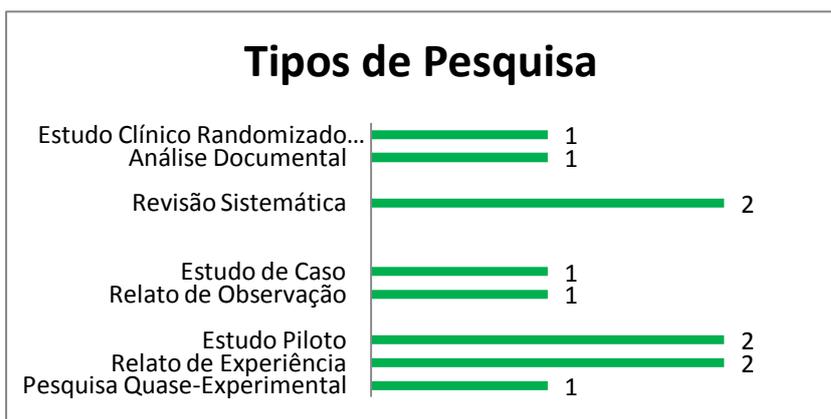


**Figura 1- Distribuição dos artigos por ano de publicação.**



**Figura 2- Banco de dados e proporções de artigos encontrados em cada um deles.**

Referente aos tipos de pesquisa foram identificados artigos no modelo de Relato de Experiência, Estudo Piloto, Relato de Observação, Estudo de Caso, Pesquisa Quase-experimental, Revisão sistemática, Análise Documental e Estudo Clínico Randomizado. No quesito quantidade, como pode ser melhor observado na figura 3, localizada abaixo, nenhum se sobressaiu dentre os demais. Neste trabalho também foram incluídos artigos de revisão bibliográfica, essa escolha deu-se devido ao pouco número de trabalhos durante o levantamento, o que acrescentou para a compreensão dos resultados encontrados.



**Figura 3- Relação entre tipos de estudos avaliados e artigos encontrados.**

Por fim, os artigos podem ser agrupados em: Psicoeducação, Terapia de Aceitação e Compromisso, Abordagens da Saúde, Psicanálise, Terapia Cognitivo Comportamental, porém quatro grupos de autores optaram por não trabalhar com nenhuma abordagem em específico.

## 6. Discussão

Analisando os dados encontrados nesta revisão bibliográfica, recomendações de melhores práticas orientam que o acompanhamento psicológico regular pós-cirurgia bariátrica e a participação em grupos de apoio estão associados a melhores resultados. Peacock e Zizzi (2011) lista 123 sites, de centros especializados em cirurgia bariátrica, credenciados pelo Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) – exige que as instalações estabeleçam procedimentos para reabilitação pós-operatória que incluam aconselhamento psicológico – foram analisados para identificar serviços comportamentais e psicológicos.

Nessa investigação, diretrizes e padrões de credenciamento de melhores práticas parecem negligenciar o apoio do profissional de saúde mental. Foi identificado falta de

profissionais psicólogos; em alguns sites os serviços estavam disponíveis, porém a maioria com custo adicional para o paciente e não eram serviços considerados essenciais. As instalações não detalhavam adequadamente como os serviços comportamentais e psicológicos podem ser melhor implementados para ajudar os pacientes a realizar e seguir mudanças significativas após a cirurgia. A maioria dos centros cirúrgicos forneciam grupos de apoio para a educação comportamental, enquanto outras instituições os usavam apenas para oferecer aos pacientes um fórum de comunicação, ou para recrutar novos pacientes cirúrgicos. A pequena minoria tinha como facilitador um profissional da saúde mental (n= 22).

Essa pesquisa proporcionou também dados substanciais que mostram que a maioria dos pacientes bariátricos eram mulheres e uma alta quantidade tinha filhos ou netos também obesos. Assim, pode ser benéfico se os programas de cirurgia bariátrica fornecessem serviços que propiciem uma reorganização do estilo de vida implementado para toda a família, e não apenas o indivíduo que recebe intervenção cirúrgica.

Devido à importância de uma adequada avaliação psicológica e um tratamento eficaz dos transtornos mentais e dos comportamentos que possam interferir na adesão às orientações pós-operatórias, Montt et al. (2012) do departamento de Cirurgia do Hospital Clínico Universidade do Chile orienta que o acompanhamento psicológico abarque preferencialmente três momentos após a cirurgia bariátrica: o terceiro mês de operado, seis meses após e aos 12 meses. De forma similar Peacock e Zizzi (2011) concentram as intervenções nos primeiros três a seis meses após a cirurgia e nos próximos seis a 12 meses, e cada intervenção exige do profissional objetivos específicos.

Ao terceiro mês os objetivos consistem em verificar como o paciente vem desenvolvendo estratégias de mudança no estilo de vida e lidando com estressores diários; monitorar a aderência junto à equipe multiprofissional com a realização de exames regulares, uso de fármacos, mudança no comportamento alimentar, atividade física; facilitar a incorporação das mudanças necessárias na família, acompanhar aqueles com diagnósticos psiquiátricos prévios e verificar a existência de patologias desenvolvidas no período pós-operatório. No sexto mês do pós-operatório o planejamento inclui o reforço das realizações, dos comportamentos de autocuidado e automonitoramento; o estabelecimento de metas, o aumento dos níveis de coping e a organização de um programa de prevenção de recaídas. E ao décimo segundo mês o objetivo consiste em supervisionar a manutenção dos cuidados, a adaptação e também

na identificação e no uso de apoio social, assim como verificar a qualidade de vida como um todo.

Apesar de haver algumas poucas orientações de como deve ser o acompanhamento psicológico relacionado a cirurgia bariátrica, a falta de consenso na atuação do psicólogo com relação à avaliação psicológica antes da cirurgia e o acompanhamento pós-operatório vinha sendo preocupante. Na tentativa de modificar esse panorama, em 2014 a SBCBM com a participação de 13 de psicólogas da COESAS (Comissão das Especialidades Associadas) publicaram o primeiro protocolo de atendimento psicológico em cirurgia bariátrica. Foram definidos como objetivos do atendimento psicológico que é fornecido na fase pós-operatória e follow-up, as recomendações de:

- (1) ampliar o autoconhecimento do paciente e familiares, para facilitar a compreensão e adaptação ante as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia (hábitos, imagem corporal);
- (2) estimular autocuidado, motivação e adesão ao tratamento e às orientações da equipe;
- (3) avaliar a evolução da adaptação ao novo estilo de vida (prevenção de deficiências nutricionais e reganho de peso);
- (4) auxiliar o paciente na retomada ou desenvolvimento de projetos de vida após a cirurgia; e
- (5) facilitar no manejo de estressores cotidianos e na busca de qualidade de vida. (BIRCK et al., 2018)

Entretanto, com relação ao tipo de intervenção e metodologia não há uma regra específica que determina qual modo seguir ou se é possível a junção de mais de uma forma, apenas sugere-se que possa ser acompanhamento psicológico individual ou grupal, nos moldes da psicoterapia, psicoeducação, e orientação familiar. Quanto à formação profissional, recomenda-se que o psicólogo seja inscrito há pelo menos dois anos no conselho da categoria, possua titulação de especialista em Psicologia Hospitalar e/ou Psicologia Clínica, do mesmo modo, possuir fundamentação técnico-científica e embasamento consistente e atualizado em psicologia, obesidade, cirurgia bariátrica e metabólica, e transtornos alimentares.

Parretti, Hughes e Jones (2018) chamam a atenção para o fato de que o acompanhamento psicológico no pós-cirúrgico deve ser um dos pontos decorrentes do planejamento pré-operatório, em conjunto já terem sido esclarecidas as expectativas do paciente, fornecido uma psicoeducação e identificado os potenciais obstáculos.

Muitos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica reconhecem sua necessidade de ajuda psicológica, valorizam-na e desejam maior acesso e apoio. Principalmente por aqueles que vivenciavam a recuperação do peso; para ajudar a gerenciar a transição física significativa experimentada quando se perde peso; com questões psicológicas que

estavam presentes antes da cirurgia, mas continuaram a persistir após a cirurgia, como o comer emocional ou desordenado; no auxílio com os transtornos psiquiátricos. Porém sentiam que não havia a oferta suficiente do sistema de saúde e quando existia, era por um curto período de tempo. (PARRETTI; HUGHES; JONES, 2018)

Dentre 18 a 24 meses após a cirurgia, era o momento em que a perda de peso se estabilizou e os pacientes começaram a ter dificuldades em aderir as recomendações dietéticas e a mudança no estilo de vida. Esses sujeitos sentiam que precisavam de apoio extra durante esse período de transição, mas na maioria das vezes foi o momento em que descobriam que receberiam alta do atendimento usual (médico e nutricional), eram relatados sentimentos de abandono e intensa ansiedade. Parretti, Hughes e Jones (2018) reiteram que as crenças defendidas pela equipe médica e sua própria conscientização da necessidade de acompanhamento em saúde mental dessa população pode “influenciar as percepções coletivas sobre a responsabilidade de fornecer serviços psicológicos no pós-operatório”. (GRIMALDI et al., 2014, p.107)

Grimaldi et al. (2014) continuam a nos apontar que por um lado, há aquela parcela da população que não manifesta interesse no trabalho psicológico, e outros consentem, mas retiram-se do acompanhamento antes da finalização. Alguns pacientes que não compareceram a assistência regularmente descreveram várias expectativas não satisfeitas e, em particular, dificuldades emocionais. Outro ponto a ser discutido é que selecionar aqueles que estão recuperando ativamente o peso talvez seja especialmente desafiador, como apontado por Bradley et al. (2016, p. 594.) “pois eles podem estar sentindo uma motivação menor devido aos desafios que enfrentaram”.

A opção de escolha por um atendimento psicológico individual ou em grupo vai de encontro com o tipo de personalidade de cada paciente, de quais são as questões demandadas pelos que procuram, quais são os objetivos psicoterápicos almejados e qual serviço encontra-se disponível.

O acesso a grupos de apoio foi frequentemente apreciado, mas havia pouca informação sobre o conteúdo e a composição dos grupos. O apoio de colegas foi consistentemente relatado como valioso, possibilitando sentirem-se compreendidos por seus iguais, embora alguns pacientes tenham mencionado experiências negativas no grupo, sentindo-se vulneráveis e julgados por seus pares. Algumas pessoas os perceberam como oferecendo cuidados principalmente para aqueles que estão no

período pós-operatório imediato, no período de “lua de mel<sup>5</sup>”. Aqueles pertencentes ao pós-operatório tardio sentiam-se deslocados em termo das discussões. Bradley et al. (2016) citam uma pesquisa que demonstrou efeitos mínimos de uma intervenção comportamental realizada durante os primeiros quatro meses após a cirurgia. Os efeitos fisiológicos especialmente fortes da cirurgia durante a fase inicial de perda de peso podem ser uma das razões para essa falta de efeito significativo do tratamento comportamental.

Nos estudos encontrados foram citadas duas abordagens grupais, uma embasada na aplicação do método clínico psicanalítico e outra na psicoeducação. A primeira foi descrita por Arruda (apud MAGDALENO JUNIOR; CHAIM; TURATO, 2009, p. 75) como baseada na acolhida do sofrimento emocional e existencial, na compreensão da dinâmica psíquica dos pacientes somada ao emprego do modelo interpretativo das ciências humanas, possibilita a “compreensão, a conexão de sentidos e a elaboração”, esclarecimento a respeito de problemas práticos que surgem no pós-operatório, identificação de conflitos, e por fim, a possibilidade de um melhor manejo pelos pacientes do desafio que representa o pós-operatório da cirurgia. A segunda, a psicoeducação, segundo Griffiths (2006) que foi citado por Birck et al. (2018) é uma técnica que explora as crenças individuais em saúde e a consciência da doença, enfoca na definição de objetivos, realização de metas e ensino de habilidades. Centraliza no aumento da anuência do paciente, na identificação precoce de sinais clínicos, na importância do estilo de vida. Permite que se compreenda um pouco mais a relação complexa entre sintomas, efeitos colaterais da medicação, personalidade e ambiente interpessoal. Novos projetos que fogem dos moldes tradicionais também vêm ganhando espaço no estudo do autor, “tais como caminhadas, almoços com pacientes e equipe multiprofissional”. (BIRCK et al., 2018, p. 207)

Grimaldi et al. (2014) indica também existir uma associação positiva com a frequência de participação nos grupos e a perda de peso. Os grupos têm se mostrado bons preditores de sucesso após a cirurgia bariátrica e fator de proteção para problemas emocionais, com redução de transtornos mentais, melhora do humor sendo sustentada a um longo período quando se utilizou a assistência pós-operatória, contribuindo para manutenção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Outro preditivo de adesão ao tratamento de saúde é o apoio social da família ou de uma pessoa que forneça

---

<sup>5</sup> Período de euforia, perde-se muito peso em pouco tempo e têm-se a sensação de que qualquer dificuldade tenha sido vencida pela cirurgia.

esse suporte, destacando a importância de existir intervenções que possam fortalecer essas alianças. Os grupos de apoio são o serviço mais comumente oferecido após a cirurgia, (BIRCK et al., 2018) permite abarcar um maior número da população operada em menor tempo e reduz gastos; sugere-se que esse seria um dos motivos dos estudos analisados não terem aprofundado no atendimento individual.

Paul, Heiden e Hoek (2017) em sua revisão, examinaram os efeitos de várias intervenções no estilo de vida pós-operatório. O resultado das intervenções psicológicas foi bem maior em comparação com aqueles pacientes que receberam o tratamento usual ou não participaram de nenhum grupo de tratamento em 13 dos 16 estudos, permitindo visualizar resultados promissores na perda de peso e no comportamento alimentar desordenado. A intervenção mais avaliada pelo autor foi a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), totalizou oito estudos, neles incluíram desde sessões de grupo presenciais, àquelas por via de telefone, internet ou realidade virtual. Tinham como enfoque a melhora dos distúrbios da imagem corporal e a perda de peso, trabalhar a assertividade e a motivação para a mudança, controle de estresse, uso do automonitoramento, resolução de problemas e estabelecimento de metas. Os estudos apresentaram significativas melhorias nos sintomas compulsão alimentar subjetiva, alimentação desordenada, pastoreio, depressão e perda de peso.

Melero et al. (2014) selecionou 46 pacientes para realizarem testes psicológicos antes da cirurgia, e retornarem um ano após o procedimento para reavaliação dos testes. Todos eles receberam após a cirurgia acompanhamento médico, psicológico – com intervenção cognitivo-comportamental – mensalmente por seis meses. Observou-se uma melhora em todas as escalas analisadas: qualidade de vida e saúde, saúde mental, função ocupacional, transtornos alimentares e compulsivos, percepção e insatisfação com corpo, preocupação com o peso, capacidade de discriminar sentimentos e emoções, controle sobre a própria vida; exceto nas variáveis perfeccionismo, função social, papel emocional e dor corporal. A pesquisa não permite uma avaliação isolada da intervenção psicológica e do tipo de abordagem utilizada, já que avaliou o acompanhamento conjunto de várias profissões, mas apresenta resultados motivadores destacando a importância do acompanhamento multiprofissional na manutenção do sucesso da cirurgia.

Outra abordagem que vem sendo citada nos estudos é a Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC) aliada aos desafios pós-cirurgia bariátrica. (BRADLEY et al., 2016; WEINELAND; HAYES; DAHL, 2012). É um tipo de intervenção

comportamental que fornece aos pacientes habilidades de aceitação: de tolerância ao sofrimento, consciência dos estados internos, reconhecimento dos seus valores pessoais, e promove comportamentos direcionados a objetivos. Proporciona um aumento da flexibilidade psicológica e disposição lidar com diversas experiências. Habilidades conhecidas como fundamentais para o controle de peso.

Um estudo randomizado realizado na Suécia, com participantes submetidos à cirurgia a pelo menos quatro meses e que apresentavam lutas psicológicas, buscou avaliar a qualidade da TAC em comparação com o tratamento usual (TAU). Foi possível contar com uma amostra de 39 pessoas que foram avaliadas durante um período de seis semanas. A intervenção da TAC consistiu em duas sessões presenciais, seis lições em módulos acessados pela internet (uma por semana), contatos telefônicos a cada duas semanas e medidas de autorrelato obtidas no pré, pós e seis meses depois da conclusão do tratamento. Em 2016, pacientes com pelo menos um ano e meio de cirurgia que experimentaram reganho de peso no pós-operatório foram também selecionados pelo Programa de Cirurgia Bariátrica da Universidade da Pensilvânia para receber a intervenção em (TAC) durante 10 semanas, de forma exclusivamente on line (também sendo um módulo semanal). Os 12 participantes foram avaliados no início, no meio do tratamento, pós-tratamento e aos três meses de acompanhamento. Em ambos os estudos a apresentação do material foi por meio de textos, imagens, áudio, vídeo, exercícios interativos, testes e registro da ingestão alimentar.

Os resultados indicam que foram alcançados níveis satisfatórios de aceitabilidade e satisfação com o programa pelos participantes. Em todos os grupos foi possível observar uma melhora dos transtornos alimentares. Mas a intervenção com o TAC foi além do tratamento usual, ao proporcionar efeitos significativos nos construtos: insatisfação corporal, comportamentos alimentares desordenados, desinibição com o corpo, flexibilidade psicológica nas dimensões: peso, crescimento educacional, relações trabalho, saúde e lazer, proporcionando uma melhora na qualidade de vida de forma global. Embora os efeitos tenham sido encontrados, no estudo de Weineland, Hayes e Dahl (2012) permanece a incerteza se há manutenção dos resultados ao longo do tempo. Na intervenção realizada por Bradley et al. o reganho de peso foi revertido com uma perda média de  $5,1 \pm 5,5\%$  do peso corporal total ou interrompida ao longo da intervenção, essa perda de peso foi mantida no seguimento de três meses. Foi possível mostrar que o tratamento psicológico pode produzir ganhos a longo prazo com pacientes de cirurgia bariátrica. Sugere que a TAC e o TAU podem funcionar de

maneiras diferentes para produzir mudanças nos padrões alimentares, mas vale ressaltar que Bradley et al. também usaram técnicas cognitivas comportamentais, não podendo nesse estudo a TAC levar os créditos totais pelos resultados obtidos.

A intervenção psicológica no pós-operatório continua sendo um desafio expressivo. Bradley et al. (2016) desperta a atenção para pesquisas que abordam existir uma correlação entre a distância percorrida e o acompanhamento pós-operatório, indicando que para muitas pessoas as consultas podem ser de difícil acesso. Pensando em melhorar a aderência no acompanhamento, a acessibilidade, abarcar um maior número de indivíduos, reduzir o tempo exigido em sessões individuais ou grupos tradicionais, diminuir o fluxo de pacientes e permitir uma boa relação custo-benefício na assistência médica quanto para o indivíduo, intervenções remotas visando a perda de peso são particularmente desejáveis e estão sendo examinadas em alguns países, como por exemplo, Canadá e Portugal (Paul, Heiden e Hoek, 2017) É importante investigar se a junção dessa ferramenta com outros tipos de intervenções teóricas, sendo presenciais ou não, trariam maiores benefícios do que usada de forma isolada. É necessário enfatizar que esses modos de atendimento psicológico precisam estar em consonância com a Resolução CFP nº 11/2018, que regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação.

## **7. Conclusão**

Ao longo da pesquisa torna-se evidente que o acompanhamento psicológico regular pós-cirurgia bariátrica no Brasil, assim como em nível internacional está associado a melhores resultados cirúrgicos. Entretanto, a prática indica que o apoio do profissional de saúde mental está sendo negligenciado, verificam-se baixas contratações deste profissional e poucas informações sobre o seu trabalho. Nesse estudo foi unânime por parte da maioria dos pacientes o reconhecimento e a valorização das intervenções psicológicas, sinalizando a existência de demanda por parte dessa população.

Quando é verificada a existência do acompanhamento psicológico nas instituições de saúde, prevaleceram as atuações por meio da condução de grupos terapêuticos, presume-se que é devido ao intuito de atender a grande quantidade de candidatos que realizam a cirurgia durante todo o ano. Os grupos de apoio apresentam-se como bons preditores de sucesso após a cirurgia bariátrica e fator de proteção, no entanto não atendem as necessidades e preferências de todos os indivíduos.

Um grande avanço para a área foi a construção do primeiro protocolo de atendimento psicológico em cirurgia bariátrica no ano de 2014. Entretanto, por se tratar de uma área recente de atuação, compreende-se a importância de buscar cursos de capacitação e programas de atualização.

Abre-se destaque pra que as intervenções não se restrinjam apenas ao indivíduo que recebe intervenção cirúrgica, mas que o trabalho possa ser estendido ao cônjuge/ ou cuidador e quando necessário a família, por se tratar da principal fonte de suporte. Com base nos dados de que 20 a 50% dos pacientes começam a recuperar o peso nos primeiros 18 a 24 meses após a cirurgia, recomenda-se que o atendimento psicológico ofertado possa estender-se por um tempo superior a dois anos.

Os estudos parecem indicar que há uma tendência crescente de ampliar e modificar os *sets* tradicionais de atendimentos psicológicos, com destaque para a mescla entre atendimentos presenciais em conjunto com as intervenções remotas, associadas ao uso das tecnologias digitais.

As intervenções psicológicas estão se revelando eficientes e promissoras nesse contexto, mostrando resultados animadores em relação aos atendimentos exclusivamente médicos e nutricionais. Nesse estudo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC) se destacou como abordagem em comparação com a Terapia Cognitivo Comportamental, contudo as pesquisas ainda são poucas, não sendo possível uma grande generalização. Considera-se pertinente a realização de novos e abrangentes estudos que abarquem as outras diversas técnicas e tipos de abordagens em psicologia que praticamente não foram citadas, bem como a busca em aperfeiçoá-las. Destaca-se também a importância do acompanhamento interprofissional na manutenção do sucesso da cirurgia.

Ressaltamos a importância de acompanhar os efeitos psicológicos, que muitas vezes são pouco monitorados, especialmente os efeitos negativos da cirurgia. Uma possível explicação para essa ausência talvez esteja no fato de que a cirurgia bariátrica produz um resultado rápido no tratamento da obesidade, possivelmente gerando na sociedade a ideia de uma “cura milagrosa” não só para a doença, como também uma possibilidade de resolver todos os seus problemas, inclusive aqueles alheios à obesidade e a cirurgia.

Esperamos que o presente trabalho possa produzir repercussões para os profissionais que atuam nessa área e, também como um disparador que contribua para um melhor entendimento desses indivíduos, para que, assim, políticas públicas possam

ser desenvolvidas nesse contexto e atender as particularidades demandadas por essa parcela da população.

## 8. Referências<sup>6</sup>

ABESO. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. São Paulo, SP, [2011?].

BIRCK, Michele D. et al. Grupo de apoio psicológico pós cirurgia bariátrica: relato de experiência. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia** [online]. São Paulo, v. 38, n. 95, p. 202-208, jul./dez. 2018.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415711X2018000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2018000200007)

BRADLEY, Lauren E. et al. Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.586-598, 1 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. **Indicações para cirurgia bariátrica**. Brasília, DF, 2017.

BRILMANN, Mirna. Quando a Obesidade é Severa: Novas Perspectivas em Terapia Cognitivo - Comportamental. In: FINGER, Igor da Rosa; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **A Prática da Terapia Cognitivo - Comportamental nos transtornos alimentares e obesidade**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. Cap. 15. p. 381-414.

CONCEIÇÃO, Eva et al. Eating disorders after bariatric surgery: A case series. **International Journal Of Eating Disorders**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.274-279, 29 nov. 2013a.

CONCEIÇÃO, Eva et al. The Development of Eating Disorders After Bariatric Surgery. **Eating Disorders**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.275-282, maio 2013b.

---

<sup>6</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

EGEO. Equipe Gástrica Especializada em Obesidade. **Procedimentos**. Goiânia, GO, [201-].

FONSECA, Helena; MATOS, Margarida Gaspar de. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. **European Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.323-328, 19 maio 2005.

GRIMALDI, Diane et al. Association of Psychiatric History, Attendance at Postoperative Support Groups, and Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Pilot Study. **Bariatric Surgical Practice And Patient Care**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.106-112, set. 2014.

SANTOS, Lorena. **Revisão Bibliográfica: um recurso para melhorar o seu negócio**. Rio de Janeiro, RJ, 2018.

KITZINGER, Hugo B. et al. After Massive Weight Loss: Patients' Expectations of Body Contouring Surgery. **Obesity Surgery**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.544-548, 20 nov. 2011.

MAGDALENO JUNIOR, Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.73-78, 2009.

MARCUS, Marsha D.; KALARCHIAN, Melissa A.; COURCOULAS, Anita P.. Psychiatric Evaluation and Follow-Up of Bariatric Surgery Patients. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 166, n. 3, p.285-291, mar. 2009.

MARIA, Cicilia Conceição de; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo. Os Taços de personalidade associados no desenvolvimento da obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 10, n. 56, p.74-92, mar/abril. 2016.

MELERO, Yolanda et al. Evolución psicológica de los pacientes afectados de obesidad mórbida intervenidos mediante una gastrectomía tubular. **Cirugía Española**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.404-409, jun. 2014.

MONTT S., Denisse; OLGUÍN V., Pablo; Marín L., Luciana; Cortés M., Susana. Evaluación y manejo psicológico del paciente candidato a cirugía metabólica. **Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago**, v. 23, n, 3, p. 219-226, 2012.

NICE. Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica [S.l.], [201-].

OLIVEIRA, Margareth da Silva; BOF, Raquel de Melo; ZANCAN, Renata Klein. Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento de Compulsão Alimentar em Adultos com Sobrepeso ou Obesidade. In: FINGER, Igor da Rosa; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **A Prática da Terapia Cognitivo-Comportamental nos transtornos alimentares e obesidade**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. Cap. 8. p. 161-181.

ORLANDO, Giulio et al. The role of a multidisciplinary approach in the choice of the best surgery approach in a super-super-obesity case. **International Journal Of Surgery**, [s.l.], v. 12, p.103-106, ago. 2014.

PAUL, Linda; HEIDEN, Colin van Der; HOEK, Hans W.. Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. **Current Opinion In Psychiatry**, [s.l.], v. 30, n. 6, p.474-479, nov. 2017.

PARRETTI, H. M.; HUGHES, C. A.; JONES, L. L.. ‘The rollercoaster of follow-up care’ after bariatric surgery: a rapid review and qualitative synthesis. **Obesity Reviews**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.88-107, 21 out. 2018.

PEACOCK, Jessica C.; ZIZZI, Samuel J.. An Assessment of Patient Behavioral Requirements Pre- and Post-Surgery at Accredited Weight Loss Surgical Centers. **Obesity Surgery**, [s.l.], v. 21, n. 12, p.1950-1957, 21 fev. 2011.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p.523-533, dez. 2004.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **O que é e Causas**. São Paulo, SP, 2017.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Quem pode fazer a cirurgia metabólica?**. São Paulo, SP, 2019.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Psicologia**. São Paulo, SP, [201- a].

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **História da Cirurgia Bariátrica no Brasil**. São Paulo, SP, [201-b].

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabólica. Brasília, DF, 2012.

WEINELAND, S.; HAYES, S. C.; DAHL, J.. Psychological flexibility and the gains of acceptance-based treatment for post-bariatric surgery: six-month follow-up and a test of the underlying model. **Clinical Obesity**, [s.l.], v. 2, n. 1-2, p.15-24, fev. 2012.

WHO. World Health Organization. **Obesity and overweight**. Genebra, Suíça, 2016.