

CIRURGIA BARIÁTRICA: A PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA QUE ANTECEDE O PROCEDIMENTO^I

BARIATRIC SURGERY: PSYCHOLOGISTS' PERCEPTION ABOUT THE PSYCHOLOGICAL EVALUATION PROCESS PRECEDING THE PROCEDURE

Giulia Fransozi Marques^{II}
Prof.^a Fabíola Langaro^{III}

Resumo: A cirurgia bariátrica é uma intervenção realizada no aparelho digestivo, sendo considerada um tratamento para obesidade objetivando a perda de peso. Tendo em vista que o número destas intervenções vem crescendo no Brasil e que este procedimento tem implicações não somente físicas, mas em torno da subjetividade, a avaliação psicológica é um processo importante que contribui para efetivação dos objetivos da cirurgia. A partir desse contexto, foi realizada uma pesquisa com a finalidade de conhecer a percepção de psicólogos da grande Florianópolis sobre o processo de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, tendo como objetivos específicos descrever o processo de avaliação psicológica realizado pelas profissionais antes da cirurgia, identificar as dificuldades de atuação dos psicólogos no pré-operatório e descrever as demandas psicológicas que ocorrem na avaliação psicológica e preparo para cirurgia bariátrica. A pesquisa se caracterizou como qualitativa, de cunho exploratório e os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada sendo analisados por meio da análise de conteúdo. Foram realizadas entrevistas com cinco psicólogas que realizam o processo de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica e que atuam no setor privado. A partir dos dados coletados foram organizadas três categorias: avaliação psicológica e instrumentos utilizados, cirurgia bariátrica e acompanhamento psicológico e dificuldades de atuação profissional. As discussões apontam a não existência de um protocolo fixo para realização da avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, ficando esta a critério do profissional em meio à disponibilidade do paciente. Segundo as participantes, a avaliação psicológica não se trata apenas de um momento para assinar um laudo sinalizando aptidão ou não do paciente para o procedimento, mas também um momento de orientação e trabalho das questões relacionadas a processos psicológicos importantes envolvidos na obesidade. Além disso, as participantes apresentaram a insatisfação com suas formações para atuação neste campo de trabalho, embora declarem que as práticas realizadas ao longo dos anos serviram de aprendizados, mas ainda assim não sendo substitutas de conhecimentos formais necessários na área, como por exemplo, cursos de especialização mais extensos e completos que respaldem os profissionais de maneira a ter maior segurança e conhecimento para atuação na área. Por fim, evidenciou-se a necessidade de investimento em pesquisas e formação de profissionais na área da avaliação psicológica para a realização da cirurgia bariátrica como forma de promover processos de saúde que envolvem a população obesa e que busca por este modo de tratamento.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Avaliação Psicológica. Obesidade. Psicologia da Saúde.

^I Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2019.

^{II} Acadêmico do curso Giulia Fransozi Marques da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: fransozigiulia@gmail.com

^{III} Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL e orientadora da pesquisa.

Abstract: Bariatric surgery is an intervention performed in the digestive system and is considered a treatment for obesity aiming at weight loss. Given that the number of these interventions has been growing in Brazil and that this procedure has implications not only physical, but around subjectivity, psychological assessment is an important process that contributes to achieving the goals of surgery. From this context, a research was conducted in order to know the perception of psychologists in Greater Florianópolis about the psychological assessment process for bariatric surgery, with the specific objectives to describe the psychological assessment process performed by professionals before surgery, identify the Difficulties of performance of psychologists in the preoperative period and to describe the psychological demands that occur in the psychological evaluation and preparation for bariatric surgery. The research was characterized as qualitative, exploratory and the data were collected from a semi-structured interview and analyzed through content analysis. Interviews were conducted with five psychologists who perform the psychological assessment process for bariatric surgery and who work in the private sector. From the collected data, three categories were organized: psychological assessment and instruments used, bariatric surgery and psychological follow-up and difficulties in professional performance. The discussions point to the non-existence of a fixed protocol for performing psychological assessment for bariatric surgery, which is at the discretion of the professional in the midst of patient availability. According to the participants, the psychological assessment is not just a moment to sign a report signaling the patient's fitness or not for the procedure, but also a moment of orientation and work on issues related to important psychological processes involved in obesity. In addition, the participants showed dissatisfaction with their training in this field, although they declare that the practices carried out over the years served as learning, but still not being substitutes for formal knowledge needed in the area, such as courses more extensive and complete specialization programs that support professionals in order to have greater security and knowledge to act in the area. Finally, there was a need for investment in research and training of professionals in the area of psychological assessment to perform bariatric surgery as a way to promote health processes involving the obese population and seeking this mode of treatment.

Keywords: Bariatric surgery. Psychological Assessment. Obesity. Health Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) uma questão presente majoritariamente em países industrializados e uma doença que vem aumentando progressivamente em níveis de epidemia no mundo, a obesidade passou a ser considerada um problema de saúde pública (ABESO, 2016). No Brasil, cerca de 40% da população encontra-se acima do peso, sendo 10,1% obesos e 28,5 % com sobrepeso. Considerando que a taxa de mortalidade é 12 vezes maior em sujeitos com obesidade mórbida do que em pessoa com peso normal, entre as idades 25 e 40 anos, podemos afirmar que este é um tema que merece atenção da população e dos profissionais em saúde.

De acordo com o site do Ministério da Saúde (2009), a realização de procedimentos cirúrgicos de redução de estômago realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) aumentou 542 % no Brasil ao longo de sete anos, passando de 497 cirurgias, em 2001, para 3.195 em 2008. Ziegler (2008) cita sobre a diminuição da média de idade em pessoas que apresentam sobrepeso e obesidade, ou seja, maior incidência desta característica em crianças, adolescentes e adultos jovens. Um dos fatores determinantes para diagnóstico da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido dividindo o peso do sujeito, em quilogramas, pelo quadrado da altura do mesmo, em metros. A partir disso os resultados podem ser conclusos de forma a ser classificada em 3 níveis: entre 30 e 34,9 o sujeito se encontra em obesidade grau I. Entre 35,0 e 39,9 o sujeito é considerado em grau de obesidade II. Já acima de 40, é diagnosticada com obesidade grau III, também chamada de obesidade mórbida (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Apesar de muito utilizado, o IMC vem sendo associado a inúmeras limitações como, por exemplo, a impossibilidade em diferenciar massa magra de massa gorda, medir distribuição da gordura visceral, ou até mesmo considerar variáveis como idade e gênero (SIMÕES; BARBOSA, 2017). O tratamento terapêutico de cirurgia bariátrica é indicado para pacientes com obesidade grau III e, em alguns casos, grau II. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2005), só estão no quadro de candidatos a serem submetidos a mesma sujeitos acima dos 16 anos. Além disso, é exigido que haja um tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e falência dos tratamentos convencionais como, por exemplo, dietas, exercícios, terapias menos invasivas, etc. (TRAVADO et al., 2004).

Segundo Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), grande parte das pessoas com obesidade mórbida possui histórico de inúmeras tentativas em relação à diminuição de peso por meio de dietas e medicamentos, porém não obtiveram os resultados desejados. Alguns autores como Stunkard e Wadden (1992, p. 524) fazem referência a algumas complicações psicológicas associadas a esta população, como, por exemplo, baixa autoestima, discriminação social, perdas parentais precoces, histórico familiar de abuso de álcool, distorção da imagem corporal, entre outros. Loli (2000) confirma que a obesidade é determinada por muitos fatores, entre eles: fisiológicos, genéticos, ambientais, psicológicos e sociais. Ao longo da vida, adquirimos hábitos construídos e influenciados a partir da cultura, sociedade, economia, educação familiar e psicológica. Também é importante considerarmos que a questão alimentar é influenciada pelas características geográficas que implicam na produção, estocagem, comercialização, habilidades para preparar as refeições e intolerância a determinados tipos de substâncias presentes nos alimentos (ASSIS; NAHAS, 1999, p. 36). Adentrando neste aspecto, é importante

considerar o ambiente obesogênico, que conflui com esta ideia a medida que se conceitua sendo indutor de um consumo demasiado de energia e comportamento sedentário, ou seja, a influência que o ambiente em que o sujeito está inserido exerce para que o mesmo desenvolva hábitos propícios para o desencadeamento da obesidade (SOUZA; OLIVEIRA, 2008).

Já a cirurgia bariátrica foi recente e gradativamente conquistando espaço a ponto de hoje ser considerada uma importante opção terapêutica para a obesidade, sendo considerada por muitos a maneira mais eficaz de manter o controle do peso a longo prazo (DELIN; ANDERSON, 1999). Ainda que seja uma intervenção eficaz, a falta de um acompanhamento adequado anterior à cirurgia é considerada um aspecto que pode colocar em risco o sucesso da mesma, de maneira que o paciente veja na crença do “milagre cirúrgico” a possibilidade de uma postura totalmente passiva em relação ao tratamento (RABNER; GREENSTEIN, 1991).

Tendo em vista a complexidade do procedimento e os múltiplos aspectos que contribuem para os resultados esperados após a cirurgia, a interdisciplinaridade no atendimento a esta população se faz de suma importância. Ampliando a importância da comunicação entre os diversos setores, o Conselho Federal de Medicina (2005) aponta que, para a realização da cirurgia bariátrica é preciso um acompanhamento individual por médico cirurgião clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, anestesiologista e fisioterapeuta. A avaliação psicológica e/ou psiquiátrica, desta forma, é considerada obrigatória e contribuirá para a indicação ou contra-indicação da cirurgia, já que a obesidade pode estar relacionada, entre outros fatores, com distúrbios psíquicos, como transtorno de ansiedade e depressão (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; FANDIÑO et al., 2004).

A avaliação psicológica no período pré-cirurgia bariátrica tem como objetivo investigar processos psíquicos e cognitivos que podem ser influentes no processo de recuperação do procedimento e tratamento da obesidade, em que são necessárias medidas objetivas acerca da dinâmica psicológica do paciente. Para obtenção destes, é necessário pensar sobre a compreensão dos candidatos à cirurgia acerca do procedimento, constatação da presença ou ausência de sintomas psiquiátricos, aproximação sobre hábitos alimentares, verificação de fatores estressantes, explanação sobre rede de apoio, expectativas e motivos que levaram o candidato a cogitar a cirurgia. Nessa direção, Flores (2014, p.61) faz alusão aos diferentes papéis desempenhados pelo psicólogo durante a avaliação ilustrando que “é um pesquisador, coletando dados; um educador, provendo informações; e, ainda, um terapeuta, aumentando a motivação e gerenciando as emoções emergentes durante a avaliação”. Assim, a avaliação psicológica é um processo importante para o êxito do tratamento, ainda que não garanta sucesso

total, a partir do entendimento de que a adesão do paciente faz parte do prognóstico deste (DIGREGORIO; MOOREHEAD, 1994).

Para melhor delineamento das atividades do psicólogo na área de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica autores como Elias e Tatmatsu (2007) defendem a importância da construção de um protocolo a ser contemplado por parte do psicólogo objetivando a análise de critérios específicos. Em contra partida, autores como Machado e Morona (2008) defendem a ideia de que não se faz necessário a criação deste protocolo, tornando o mesmo personalizado, a partir do entendimento de que cada psicólogo é responsável por criar o seu processo de avaliação, tendo habilidade para selecionar seus instrumentos e conduzir o processo à medida que o possibilite concluir se o paciente está apto ou não a ser submetido ao procedimento.

Considerando os aspectos citados acima e motivada pela dificuldade em encontrar na literatura um padrão de critérios no âmbito da saúde mental para realização da cirurgia bariátrica, essa pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção de psicólogos sobre o processo de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para o estudo: descrever o processo de avaliação psicológica realizado pelos psicólogos que antecede a cirurgia bariátrica, identificar as dificuldades de atuação dos psicólogos no pré-operatório e descrever as demandas psicológicas que ocorrem na avaliação psicológica e preparo para cirurgia bariátrica.

A seguir, está exposto o método utilizado na pesquisa como forma de atingir os objetivos estabelecidos.

2 MÉTODO

De acordo com a abordagem do problema esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, tendo em vista que buscou a concepção singular sobre o tema estudado, desprendendo-se em relação a princípios de generalização (MARTINS; BICUDO, 1994). Em relação ao objetivo do estudo, caracterizou-se como exploratória, pois teve como finalidade desenvolver conceitos e ideias, visando proporcionar uma visão geral sobre o assunto temático, tendo menor rigidez no planejamento (GIL, 2008). Quanto aos procedimentos adotados, tratou-se de uma pesquisa de campo que, segundo Gil (2008, p.76):

Estuda um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes. Assim, o estudo de campo tende a

utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. Procuram-se muito mais o aprofundamento das questões propostas.

Para a coleta de dados foram entrevistadas 5 psicólogas atuantes no setor privado (clínicas e consultórios) e que realizam avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, não tendo esta como foco único em suas atuações dentro da psicologia. Sobre formação específica na área de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, unanimemente relataram que não possuem, apontando somente a prática em alguns casos cursos curtos de finais de semana. Segue tabela de caracterização:

Idade	Ano que se formou na graduação	Tempo de atuação na área	Identificação do participante
28	2012	4 anos	P1
42	2002	13 anos	P2
56	1991	8 anos	P3
44	1997	6 anos	P4
59	2001	17 anos	P5

Essa amostra foi selecionada por meio da técnica bola de neve, em que pessoas previamente escolhidas a participar convidam ou indicam novos participantes que contemplem os critérios a partir da sua rede, por meio de e-mail e telefone. O conceito bola de neve se dá com orientação aos participantes da pesquisa uma vez que ao rolar a bola de neve o seu aumento é gradativo, equiparando aos participantes primeiramente selecionados com a bola de neve inicial, e os depois advindos destes, com o restante da neve a ser adicionada a mesma, tornando-a de maior relevância (GRAY, 2012).

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada mediante a utilização de um roteiro de perguntas elaboradas com base nos objetivos específicos, possibilitando o aparecimento de informações além das trazidas a priori no roteiro, atribuídas a diferença de contextos e perspectivas permitindo o enriquecimento das informações para uma melhor compreensão do processo final de análise de dados (MORÉ, 2015). As perguntas que guiaram o roteiro tiveram como eixo de partida o conhecimento de avaliação psicológica, as práticas realizadas, instrumentos utilizados, dificuldades enfrentadas na realização do trabalho, percepção das participantes diante do estado emocional/ condições psíquicas do paciente e sobre auto avaliação diante de seus conhecimentos para atuação na área.

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelas participantes e mediante leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas para transcrição e análise dos dados. O projeto havia sido previamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n°. 3.477.212.

A análise de dados produzidos por meio das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo, que é uma técnica investigativa que objetiva a interpretação dos dados obtidos a partir de uma descrição, objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo coletado através dos meios propostos (GIL, 2008). As análises foram realizadas em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação. A primeira etapa teve como objetivo o planejamento e organização das informações, a segunda exploração do material obtido na pesquisa e a terceira a interpretação dos dados coletados (BARDIN, 1977, p. 95).

Por meio das análises, foram organizadas três categorias para apresentação e discussão dos dados, que são: avaliação psicológica e instrumentos utilizados; cirurgia bariátrica e acompanhamento psicológico; e dificuldades de atuação das profissionais de psicologia. Estes dados são apresentados a seguir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa realizada com as psicólogas participantes geraram informações que permitem compreender o contexto da avaliação psicológica em pacientes que buscam realizar cirurgia bariátrica, incluindo as principais características desse processo, as dificuldades enfrentadas pelas profissionais e as implicações da cirurgia como tratamento da obesidade. Com auxílio da literatura na psicologia da saúde, as categorias abaixo apresentam as discussões principais acerca dos dados coletados nas entrevistas.

3.1 Avaliação psicológica e instrumentos utilizados

Em meio ao processo da obesidade, o paciente que está se direcionando para cirurgia bariátrica será exposto a mudanças físicas que podem aparecer juntamente com mudanças psíquicas, como por exemplo, ansiedade. Para tanto, a avaliação psicológica possui um importante papel sendo aliada no período pré-operatório. O assenso em relação aos conceitos acerca da avaliação psicológica esteve presente nas entrevistas, ressaltando a exclusividade do psicólogo na capacitação para realizar este processo, como também o reconhecimento da falta de padronização exigida atualmente abrindo brecha para protocolos personalizados.

Nos relatos das entrevistadas foi possível identificar a variabilidade na realização de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, estando apoiada nas bases teóricas de cada abordagem escolhida para atuação (como, por exemplo, psicanálise, terapia cognitivo comportamental, psicologia comportamental, Gestalt-terapia, entre outras), que são ponto de partida norteador dos procedimentos escolhidos para este processo. Outro fator influente e presente nos dados coletados é o tempo de disponibilidade do paciente e condições psíquicas que devido ao aparecimento de sintomas, que agrupados acabaram construindo uma demanda comum, onde foi possível identificar um perfil psicológico nos pacientes obesos que estão em busca do auxílio cirúrgico para perda de peso significativa e melhora na qualidade de vida.

Repetiu-se nas descrições feitas pelos participantes a importância de esclarecimentos sobre a cirurgia e mudanças que a mesma trás, visando esclarecimentos e informações a respeito não só da cirurgia como algo mecânico, mas transcendendo-a e buscando a compreensão tanto sobre a mudança corporal como a respeito de possíveis experiências subjetivas. No entanto, o presente estudo mostrou a escassez de questionamentos advindos dos pacientes, onde segundo as psicólogas, o paciente aparece de maneira retraída, com restrição de tempo e muitas vezes acreditando que terá o laudo de aptidão na primeira sessão.

Tornou-se visível também a preocupação em trabalhar questões como culpa, apontado pela P2 como algo “pertinente”, pois, segundo a entrevistada, *“a culpa é super importante trabalhar porque até os profissionais de saúde têm muito preconceito e não veem como uma doença e sim como culpa do paciente e que não é”*. Respalando esta questão, Pinto e Theodoro (2015) apontam a comum imagem do obeso como sujeito sem controle, descontando os problemas da vida cotidiana na comida e ressaltando que esta concepção sobre a obesidade está tão enraizada na sociedade que esse pressuposto atinge também a população obesa os fazendo acreditarem que são culpados pelo excesso de peso.

Por vezes apareceram relatos descontínuos e contraditórios advindos de algumas participantes dessa pesquisa como, por exemplo, a valoração da avaliação psicológica quando na prática ocorre de maneira menos criteriosa. P5, por exemplo, preconiza que a avaliação é um processo longo: *“ele mesmo procura e através do tratamento terapêutico surge essa necessidade porque ele já se vê obeso e aí a gente vai trabalhando questões, então ele começa a se ver apto para cirurgia e daí vai trabalhando todos os conteúdos dele até se equilibrar para essa cirurgia”*. Contrapondo o próprio relato, P5 afirma que eventualmente se o paciente “tem pressa” ela acaba realizando a avaliação do modo mais rápido a fim de atender a demanda do paciente *“veio em uma emergência no consultório. Nós fizemos teste, laudo e só. Para você ver*

a rapidez que elas querem”. A mesma participante comunicou a ausência de testes em seu protocolo de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica.

Durante as entrevistas foi possível observar que as participantes realizam não somente a avaliação com a finalidade de emitir um laudo de aptidão ou não aptidão ao paciente para a cirurgia, mas também a preocupação que evidenciam com o esclarecimento que têm acerca das responsabilidades envolvidas no processo de avaliação, relatando ser esta um conjunto de técnicas para coletar o máximo de informações do paciente, visando conhecer o histórico da pessoa, entender qual demanda está presente no atendimento e a partir dela traçar um norteador inicial para o acompanhamento psicológico. Sobre esse aspecto, Bleger (1973) descreve que é incumbência exclusiva do psicólogo garantir o psicodiagnóstico com respaldo conforme a Lei nº 4119 de 27/08/1962, sendo uma técnica de investigação, produzida por meio de duas áreas que se correlacionam: avaliação e intervenção, considerando a relação sujeito-sujeito de maneira a pensar e compreender as manifestações, deixando de “coisificar” o paciente, nesse caso o obeso mórbido.

Em relação às entrevistas realizadas, as participantes disseram buscar avaliar o histórico do paciente, focando na relação dele com a comida, período de iniciação da obesidade, dificuldades advindas dessa doença, rede de apoio, questões importantes que o paciente viveu ao longo da vida e a maneira com que ele lidou diante destes acontecimentos. Neste sentido, realizam o que é indicado por Oliva (2006) de que as entrevistas iniciais da avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica devem visar a coleta de dados pessoais, objetivando investigar dados históricos familiares relacionados à doença.

Salomão (2006) afirma que todas as vertentes de psicologia, ainda que partam de pressupostos diferentes, coadunam-se em dizer que é de suma importância organizar informações sobre a vida biológica, intrapsíquica e social dos candidatos ao procedimento, ambos sendo importantes e indispensáveis. Nessa direção é importante considerar os hábitos alimentares, a influência genética, o sedentarismo, importância familiar, a rede social e os aspectos psicológicos individuais para que possamos entender a obesidade dentro da singularidade do sujeito (DI BENEDETTO, 2004). Para Benedetti (2006), é importante que seja observado no paciente a capacidade de elaboração de conflitos, tornando maior a probabilidade de adaptação no pós-cirúrgico, condições melhores de distinguir a cirurgia da problemática emocional e uma adequação na percepção da imagem corporal, informações as quais não apareceram nas entrevistas como relevantes. A partir disso, Ocampo (1981) concorda ao dizer que é necessário validar aspectos culturais do sujeito, assim como idade, nível de escolaridade, maturidade e grupo social a que o sujeito pertence.

Outro aspecto citado pelas participantes são as perguntas simples e que demonstram que os pacientes muitas vezes estão desinformados sobre a cirurgia, reforçando a importância do processo de psicoeducação em saúde durante a avaliação. Nesse sentido, P3 afirma trabalhar com dúvidas e imaginários diante das possibilidades de acontecimentos advindas da cirurgia bariátrica: *“você tem que ter muita paciência, porque vem perguntas bobas a ponto de chegar assim ‘ta, mas eu já vou sair do centro cirúrgico magro?’ A gente nunca vai pensar que um paciente vai perguntar isso. É ridículo, é claro que ele não vai sair magro”*.

Sobre a psicoeducação estar incluída como parte da avaliação psicológica, as participantes mostram ser algo de relevância e extrema importância para realização da cirurgia, em que juntamente com a avaliação o psicólogo esclarece em uma linguagem mais acessível os questionamentos do paciente. Como exemplo, P1 descreve: *“faço esclarecimentos, tento desmistificar fantasias...se não tivermos uma linguagem acessível, o paciente vai para cirurgia sem ter clareza e possivelmente vai ter problemas com o pós-operatório, e os impactos na vida dele”*. A fim de tornar mais lúdico o processo P1 afirma utilizar vídeos que possam ajudar a cognição do paciente para que seja possível uma ilustração, e assim um entendimento maior. Em contraposição, apesar de unanimemente a psicoeducação ser considerada importante quando perguntada de forma objetiva, não foram em todos os relatos que apareceram na prática, como por exemplo, P5 diz que *“raramente explico, mas pergunto o que o paciente vai fazer, se ele tem clareza, sempre pergunto o que ele vai fazer e peço para ele me descrever como é a técnica que ele vai utilizar”*.

Em contrapartida P2 e P4 apontam a importância de se ter os ouvidos aguçados para possíveis dúvidas, fazendo das mesmas fundamentais para o processo de aproximação em relação ao paciente e procedimento. P2 relata que *“a explicação em linguagem acessível é fundamental. Temos que ter uma linguagem adequada ao paciente. Se ele não entender o que é um grampeamento, então a gente dá o exemplo de uma máquina de overlook^{IV} passando e costurando ao mesmo tempo”*. Já P4 destaca que o ponto mais importante da avaliação é poder informar tudo o que pode acontecer ao paciente no processo da cirurgia, quais os riscos, quais são as questões psicológicas envolvidas depois de passar pelo processo.

Antes mesmo de iniciar a avaliação psicológica para cirurgia bariátrica é importante que o psicólogo explique sobre o protocolo do atendimento deixando claras as etapas que serão seguidas, explicando a respeito de como será realizada e abrindo possibilidades para possíveis questionamentos e esclarecimentos. Sobre a possibilidade de abrir espaço para ouvir o paciente,

^{IV} Um tipo de máquina de costura.

compreender suas questões, dúvidas e angústias, Regina (2006) enfatiza a importância de a entrevista psicológica nesse contexto ser semidirigida, a fim de dar ao paciente espaço para se colocar e falar sobre suas escolhas, fazendo necessária a intervenção do psicólogo para esclarecimento de pontuais informações e/ou dúvidas.

Em relação ao uso de instrumentos de avaliação, 3 participantes relataram o uso de entrevista psicológica, HPT (House Tree Personal – Casa Árvore Pessoa), pirâmide de fisher e BFP (Bateria Fatorial de Personalidade), sendo estes testes favoráveis, ou seja, aptos para utilização em exercício profissional como previsto na Resolução CFP nº009/2018 e no código de ética profissional dos psicólogos; apontando como motivação de escolha dos mesmos a avaliação de características que estão diretamente relacionadas com o processo da obesidade na vida do paciente e considerando os instrumentos padronizados objetivando score e respaldo no processo de avaliação. Outras duas participantes relataram a falta do uso dos mesmos considerando-os pouco importantes na contribuição. Por exemplo, P3 cita que *“Não uso testes. Não acho que contribua. Uso muito a fala. O paciente explicar para mim, ele me convence do porquê que ele vai ser feliz com a bariátrica, o que vai mudar na vida dele”*. Na entrevista, P3 considerou ser importante a utilização de testes principalmente com aqueles que possuem dificuldade de falar, porém pontuou apenas a utilização de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Dessensibilização e Reprocessamento por meio dos Movimentos Oculares), que é uma abordagem psicoterapêutica pseudocientífica, utilizada em casos de transtorno de ansiedade, estresse pós-traumático, quadros depressivos e algumas reações psicossomáticas, quando considera necessário. Segundo esta participante, *“normalmente trabalho só com psicoterapia breve, mas utilizo se necessário o aparelho de EMDR, mas não lembro um caso assim que eu usei para te dizer”*.

Sobre a utilização de instrumentos na avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica, Oliva (2006) afirma que se devem usar os instrumentos disponíveis como entrevista inicial, anamnese, aplicação de testes, técnicas projetivas e devolutivas, a fim de fazer da entrevista mais assertiva e completa. Visto que os testes psicológicos não são especificados com bateria padrão obrigatória para avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, fica a critério do profissional a escolha (ARZENO, 1995). Desse modo, verificou-se que participante da pesquisa desenvolveu seu método de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, a partir da abordagem de sua especialidade, que é o que norteia a maneira de atuação do profissional diante da demanda advinda do paciente, conduzindo a maneira de olhar para o sujeito.

Desse modo, o que torna eficaz o trabalho de avaliação é, além da capacidade técnica, o acolhimento, compreensão e vínculo com esse indivíduo. Assinalando que esse é apenas um

dos meios de avaliar, não se sobrepondo a todos os outros constituintes no processo, autores como Craig (1991) ressaltam a importância do psicólogo, que transborda a função de aplicar o teste psicológico, afirmando ser por vezes de maior importância as características interpessoais do terapeuta, sendo mais potentes no decorrer e conclusão do tratamento do que as inúmeras técnicas ou métodos. Dessa forma, Regina (2006, p. 59) destaca que “compreender a situação atual ajuda a entender como a dinâmica básica e seus problemas emocionais atuais interagem com o meio ambiente”.

Outro aspecto enfatizado pelas participantes foi a relação estabelecida pelas psicólogas com os pacientes. P1, por exemplo, apontou sobre a importância da empatia por parte do psicólogo, que através da fala e postura empática é possível perceber a condição emocional do paciente. Temos que considerar a partir disso, a maneira que o paciente chega para avaliação psicológica, pois a grande maioria não possui de forma inicial aderência a essa parte do processo que se faz necessária.

Em relação às demandas psicológicas observadas pelas entrevistadas, foram citadas: ansiedade, humor deprimido, culpa e resistência. Assim, P2 destaca que o que mais aparece é *“ansiedade, humor deprimido e culpa. Como não tenho secretária, já percebo a ansiedade dos pacientes na hora de marcar a consulta”*. P5 relata *“ansioso, querendo tudo para amanhã, porque ele já não aguenta mais. Ele não se vê em nenhum lugar, já vem desistindo de tudo”*. P1 também aponta a ansiedade como presente de maneira comum e fala sobre a expectativa que os pacientes têm para a avaliação psicológica e também para a cirurgia: *“muita ansiedade, expectativa maior do que a cirurgia pode alcançar”*. Concordam com isso Segal e Fandino (2002) quando apontam como alta incidência sintomas psicológicos como ansiedade e depressão entre obesos que procuram perda significativa de peso. Apesar de não ser considerado tais sintomas para contra-indicação formal para realização da cirurgia, identificando-as no pré-operatório é possível suceder tratamentos adequados, facilitando assim o acompanhamento pós-operatório (PINTO; THEODORO, 2015).

Com base no exposto, destaca-se que a relação psicólogo-paciente deve ser pautada não apenas da obtenção de dados a que necessita o profissional no aval para realização da cirurgia, como também esclarecimento para o paciente acerca de uma melhor compreensão das suas dificuldades (AÍDA REGINA, 2006). A importância da avaliação psicológica se dá não só pelo esclarecimento das mudanças previstas e informações em uma linguagem mais acessível acerca do procedimento, como também a realização do psicodiagnóstico em toda sua completude abrangendo passado, presente e futuro, englobando redes sociais de apoio deste sujeito, ou seja, colher dados referentes ao sofrimento presente nas relações e acolhê-los (TRINCA, 1983).

Além disso, Pinto e Theodoro (2015) assinalam a importância de entender os aspectos psicológicos envolvidos a fim de criar intervenções para minimizar as consequências neste período de espera para cirurgia, e proporcionando um emagrecimento mais saudável após realização do procedimento cirúrgico.

3.2 Cirurgia bariátrica e acompanhamento psicológico

Em busca da ilustração sobre a importância do acompanhamento psicológico diante de tantas modificações considerando estéticas, vivências sociais e psíquicas, as participantes concordam em dizer que o acompanhamento é um aliado potente para auxílio nas adaptações advindas do procedimento cirúrgico. Apesar disso, todas as participantes relataram dificuldades em dar continuidade ao atendimento psicológico no período pós-operatório. Sobre esse aspecto, P3 relata que *“muitos não vem, simplesmente pegaram o laudo e saíram”* e P4 cita que *“de todos que eu fiz, só dois fizeram acompanhamento [pós-cirúrgico]”*.

Foi possível identificar nas falas compreensões importantes que se coadunam com a literatura. P2 enfatiza que a cirurgia bariátrica *“não é curativa, e sim um tratamento”*, visto que vai depender muito de como o paciente vai aderir aos tratamentos e cuidados no período após a cirurgia. Também P1 destaca que *“a cirurgia não é uma mágica, nem um milagre. Então se eles não se implicarem e fortalecerem esse processo de mudança no estilo de vida e reeducação alimentar, eles vão ganhar peso”*. Benetti (2006) confirma esta informação dizendo que a cirurgia é apenas um instrumento na mão do paciente, salientando a indispensável mudança de hábitos e comportamento que, caso não aconteça, poderá tornar obsoleta a aproximação do desejo e realidade para o emagrecimento duradouro/definitivo. A partir disso faz-se importante destacar que a cirurgia é um meio para realização da perda de peso e não um fim, e que exatamente por isso se faz necessária a implicação ativa do paciente em adquirir hábitos saudáveis.

Ressaltando a pertinência deste aspecto relacionado ao tratamento da obesidade, Benedetti (2005) afirma que resultados técnicos positivos no procedimento cirúrgico não garantem emagrecimento, devido a exigência do compromisso do paciente em assumir um comportamento alimentar vigilante ao longo de sua vida. Gleiser (2006) destaca que para o êxito o mais importante é a maneira que o paciente lida com o recurso cirúrgico, considerando longevidade do processo e entendendo que a cirurgia faz parte do processo de emagrecimento, não sendo assim a conclusão do mesmo.

Fora isso, acompanhamento se faz necessário para acolhimento e entendimento da motivação que essa compulsão aparece em pontuais e diferentes momentos do cotidiano, com objetivo de tornar cada vez menores as chances do deslocamento da compulsão alimentar para distintas compulsões. As questões relacionadas à compulsão alimentar aparecem na fala de P3, quando diz que *“ele não desvincular aquela compulsão alimentar para outra área, porque o corpo vai querer uma compensação. A mente vai querer uma compensação de prazer”*. Esta mesma participante aponta a relevância da incidência sobre o número de pessoas pós operadas que tornam-se dependentes de álcool pois, segundo ela, *“o índice de alcoolismo é altíssimo”*. Para P2 o que instiga o acompanhamento está na antecipação dos possíveis desafios: *“já sei mais ou menos o que a maioria relata, que apesar de não ter fome tem vontade de comer. Então já antecipo algumas coisas que podem acontecer e da necessidade que é estar trabalhando essas questões”*. Por outro lado, P5 aponta incluir o paciente para *“participar ativamente dessa constatação. [...]é como se a gente construísse uma pessoa que fez cirurgia e aí a gente vai colocando o que seria o futuro e porque a importância do acompanhamento terapêutico”*.

Atuar profissionalmente com pessoas que desejam emagrecer em proporções grandiosas é não só oferecer suporte às mudanças que permitam a perda de peso com êxito, mas também o auxílio ao reposicionamento dessas pessoas em seus papéis sociais, os quais foram conservados durante anos como papel de obeso (BENEDETTI, 2015). O mesmo autor fortalece essa colocação dizendo que é extremamente comum obesos emagrecidos, chegarem a achar que seus corpos estão maiores do que sabiamente está.

P5 descreve alguns comportamentos frequentemente presentes diante de como o paciente chega em seus consultórios *“ele vem desistindo de tudo [...] não se vê em lugar nenhum [...] já não aguenta mais”*. Para maximizar a importância do trabalho dos psicólogos ao acompanhamento dessa população, Nascimento, Bezerra e Angelim (2013, p.194) afirmam que a obesidade gera um sofrimento psíquico dizendo que a dor psíquica é *“resultante do desajustamento emocional e da formação de um auto conceito negativo; é intensificada pela desvalorização social da obesidade, reforçando sentimento de rejeição e exclusão vivenciados pelo paciente obeso.”*

Segundo Critelli (1996, p. 27), é a partir da fala que a existência adquire uma compreensão considerando que *“O outro com quem alguém fala sobre algo não é um mero receptor de uma mensagem, mas seu co-elaborador. Isso é, ele é um elemento constituinte da possibilidade desse algo se mostrar”*. A partir disso verificamos a importância da postura empática dos profissionais envolvidos, ressaltando o papel do psicólogo que tem respaldo para

atuar de maneira empática a fim de acolher e trabalhar demandas pertinentes com a população obesa.

Gleiser (2006) afirma que a capacidade do paciente assimilar as mudanças no seu corpo devido ao emagrecimento está diretamente ligada com a capacidade do mesmo sobre a clareza e significado inconsciente do seu corpo e destaca que para o êxito o mais importante é a maneira que o paciente lida com o recurso cirúrgico, considerando longevidade do processo e entendendo que a cirurgia faz parte do processo de emagrecimento, não sendo assim a conclusão do mesmo. A partir disso, foi possível identificar na fala de P2 compreensões importantes que se coadunam com a literatura *“não é curativa, e sim um tratamento [...] vai depender muito de como o paciente vai conduzir depois”*. Benetti (2006), confirma dizendo que a cirurgia é apenas um instrumento na mão do paciente salientando a indispensável mudança de hábitos e comportamento que, caso não aconteça, poderá tornar obsoleta a aproximação do desejo e realidade para o emagrecimento duradouro/definitivo.

Cada pessoa com a obesidade é singular, sendo nosso dever favorecer com que o mesmo seja sujeito da sua vida. A partir disso, Amarante (2000) desafia profissionais da saúde de maneira ilustrativa a colocar a comorbidade entre parênteses para que se sobreponha a ela o sujeito de maneira a compreender que é necessário que o profissional se debruce a partir de seus conhecimentos em relação aos sintomas apresentados por aquele indivíduo, considerando a pessoa em sua totalidade, ou seja, a pessoa é a própria referência no que diz respeito a sua relação com seu corpo.

3.3 Dificuldades de atuação das profissionais de psicologia

Destacou-se a dificuldade de atuação de maneira integrada entre os profissionais da saúde que norteiam o processo para cirurgia bariátrica quando presentes na fala das participantes apontando que inserção no âmbito particular fica mais restrita. A partir disso P3 relata *“equipe multidisciplinar funciona muito partida”* onde P1 coloca [...] *acabo tendo mesmo uma avaliação mais isolada*. P2 concorda *“a dificuldade que eu vejo na multidisciplinariedade é que todo mundo tem tempo corrido e a gente não consegue se reunir o quanto seria necessário”*. Posiciona-se de maneira semelhante P4 ao colocar que *“em geral o médico cirurgião tem uma resistência”*. Com isso percebemos que ainda que na literatura Marchensini (2006) aponte que a inclusão de psicólogos na equipe multidisciplinar se deu cerca de 10 anos após o nascimento da cirurgia bariátrica no Brasil, o que certamente comprometeu muitos dos trabalhos finais da mesma, pelo qual, pacientes com obesidade candidatos a se submeterem corriam o risco de ficar descobertos acerca dos sintomas psicológicos durante o

processo, ainda vivemos o processo da explanação sobre a importância da psicologia para que ocorra de fato a inserção obrigatória deste saber na preparação para o processo cirúrgico.

Atualmente, em alguns casos esse auxílio para pacientes obesos que querem e podem realizar o procedimento cirúrgico acabam ficando enfraquecidos em seu potencial à medida que o trabalho conjunto de profissionais da área fortalecem a visão integrada do sujeito que ali se coloca com questões singulares em que é possível acompanhar questões comuns diante da obesidade, mas também se faz necessária a visão individual e integrada para com as variáveis que existem diante de cada existência envolvida nessa comorbidade. Em meio à falta dessa maneira de atuar, P3 se posiciona diante das limitações *“e a gente também tem que dizer, ó isso eu não sei, pergunta para o teu médico”*. Enfatizando essa contribuição mútua possível quando a equipe trabalha em conjunto P2 destaca *“toda vez que a gente consegue é muito rico”*.

Visto que hoje o atendimento psicológico está cada vez mais arraigado como importante nessa aproximação embora não tenha obrigatoriedade, os participantes relatam a oposição e pouca disponibilidade dos candidatos a cirurgia bariátrica em meio aos seus medos na atuação e implicação ativa em relação ao desempenho e realização na avaliação psicológica. Partindo disso, P2 discorre *“a maior dificuldade é a pressa dos pacientes em ter o laudo [...] como eu não tenho secretária, já percebo a ansiedade dos pacientes na hora de marcar a consulta”*, questão que P4 aponta também *“eles querem que tu dê o laudo em uma sessão [...] eu sempre recusei porque não acho que é o trabalho adequado, mas o que eles querem é isso”*. P4 pactua quando diz que a maior dificuldade é a *“disponibilidade do paciente fazer a avaliação”*. Concorda P1 destacando a maneira em que os pacientes expõem seus desejos propondo agilidade no processo *“já virem com a ideia de que em um atendimento eles vão ter o laudo da avaliação psicológica [...] as vezes eles chegam dizendo que têm consulta com o médico na semana seguinte e que precisa levar os laudos”*. Ainda Regina (2006, p. 59) aponta que de forma majoritária, essa “resistência” está relacionada ao medo de que seu “sonho” seja barrado, acreditando que já estão psicoemocionalmente preparados para encarar o procedimento.

Ressalta-se ser importante o acompanhamento apontado também como dificuldade acerca da realização da avaliação psicológica, diante disso P3 discorre sobre a *“dificuldade do paciente entender que ele precisa de um acompanhamento psicológico[...] ele acha que cortou o estômago, resolveu os problemas dele e não é uma verdade”* e P4 reforça colocando como *“uma dificuldade mesmo de encarar como processo”*. P5 ressalta *“eles querem só o papelzinho, então a ansiedade e a impaciência [...] se eles pudessem fariam por telefone, porque eles não gostam de vir ao consultório não”*.

Foi apontado pontualmente por uma das participantes a dificuldade permeada pelo encaixe do paciente nos critérios de Índice de Massa Corporal (IMC), expondo a relação do mesmo com o possível engajamento do paciente no processo de avaliação psicológica. Nesse sentido, P1 refere que *“é uma dificuldade quando o paciente tem um grau de obesidade não muito grande, não muito prejudicial mas que já tem critério para fazer a cirurgia e acaba também não tendo uma implicação tão grande, porque não tem prejuízo muito grande com a obesidade na sua vida”*.

Quando questionadas sobre a satisfação na formação profissional nesta área específica, majoritariamente apontam os estudos independentes para atuação como, por exemplo, P3 *“considero bom porque eu fui buscar e estou constantemente em contato com grupos de cirurgia bariátrica [...] mas os cursos que eu participei achei meio falhos”*. Apontando sua formação de maneira insatisfatória, P4 manifesta desejo de aprimoramento *“eu acho que está bem aquém do que realmente precisa [...] tu vê que tu vai investir em um curso, ou especialização e não é isso que as pessoas procuram, então tu fica relutante em realmente fazer um investimento nisso.”* P1, por outro lado, explica a importância da experiência dentro de uma instituição ainda que não possua formação específica: *“minha formação não é uma formação específica em cirurgia bariátrica, mas pela minha opção dentro da residência ela acabou sendo”*; essa mesma participante, posteriormente, destacou o fato de sua atuação ter sido enriquecida por meio ao contato com os pacientes mostrando-se segura em sua atuação: *“me tornou realmente capacitada e tranquila para poder dizer sim, o paciente está apto ou não, o paciente não está apto”*. P5 já se posiciona de maneira diferente, focando que os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica são sujeitos e que é a partir disso que precisa atuar. Segundo ela, *“a gente trabalha com ser humano, a gente trabalha com as dificuldades que ele tem, como ele se insere no mundo, como se acha e se encontra no mundo [...] então acho que você está trabalhando não com a bariátrica, você está trabalhando com o ser humano”*.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os fatos pertinentes nas avaliações psicológicas foi possível identificar alguns aspectos citados pelas participantes da pesquisa em relação ao procedimento de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica. Visto que o público alvo possui características comuns, é importante a investigação de aspectos específicos, como ansiedade, depressão, compulsão e rede de apoio, os quais mostram ser importantes terem o respaldo não só de uma entrevista com questões definidas a priori, com também respaldo de testes psicológicos. A fim de não reduzir

a subjetividade, ou seja, esquecer a singularidade em meio a doença, o acompanhamento terapêutico, juntamente com o acolhimento e a psicoeducação fortalecem o tripé em avaliar o que se propõe avaliar, neste caso a aptidão para a intervenção cirúrgica.

Sobre os instrumentos, foi possível verificar a existência de protocolos distintos sendo conduzidos de maneira a priorizar diferentes formas na atuação, ficando a critério do psicólogo a escolha desde os instrumentos e número de sessões mínimas, até critérios para declarar aptidão à exposição do sujeito obeso à intervenção cirúrgica.

A importância do acompanhamento psicológico ao longo do processo de cirurgia bariátrica segundo literaturas apontadas ao longo desse artigo é dificultosa diante da percepção das psicólogas participantes, as quais apontam apoiar seus discursos nas mudanças advindas da cirurgia a fim de destacar que o atendimento pós cirúrgico também é altamente influente não só nos resultados como na melhora em relação a adaptação as mudanças advindas da cirurgia.

A pressa dos pacientes apareceu neste estudo aliada à dificuldade na atuação dos psicólogos para com os pacientes, fazendo do processo de avaliação psicológica algo por vezes bastante instantâneo quando deveria ser mais minucioso, visto a possibilidade de munção para que o paciente se submeta ao processo cirúrgico com amparo psicológico.

A psicoeducação apareceu como algo expressivo visto o aparecimento das dúvidas originadas dos pacientes considerando a explanação em linguagem acessível, como valioso no processo de aproximação e consciência sobre a cirurgia, trazendo com isso o entendimento tanto de modificações no organismo, quanto diferenças previstas com a mudança corporal.

Considerando o aumento da obesidade em grandes escalas e sendo a cirurgia bariátrica um tratamento importante para diminuição de peso e redução das comorbidades vividas pelos sujeitos obesos, esse estudo aponta sobre a carência de especialização específica na área de avaliação psicológica coma finalidade de considerar um candidato para cirurgia bariátrica apto ou não ao procedimento cirúrgico. Apresentaram-se dificuldade nos processos de multidisciplinariedade tornando o atendimento por vezes enfraquecido em meio a potencialidade do atendimento conjunto sob diferentes perspectivas.

Mostraram-se relevantes datas de graduação e idade das participantes, tornando visível a existência de diferentes contextos, evidenciando a atualização contínua pertinente a atividade de profissionais envolvidos na área.

REFERÊNCIAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo(SP): Abeso, 2016.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. (Cap. 1).

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSIS, M. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programa de mudanças do comportamento alimentar. **Revista Nutrição**, v. 12, n.1, p 33-41, 1999.

BARBIERI, Valéria. Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de intervenção científica. **Psicologia em estudo**. Maringá. v. 13, n. 3. p 575-584. 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

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, 2006.

BENEDETTI, C. **Obesidade e emagrecimento: um estudo com obesos mórbidos submetidos à gastroplastia**. Tese (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BENEDETTI, C. Funcionamento familiar e cirurgia da obesidade. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.

BENEDETTI, C. **Depois de magro. A ação do psicólogo na manutenção do peso após o emagrecimento induzido por cirurgia**. São Paulo: Vetor, 2016.

BLEGER, J. **Psicohigiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1973.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.766/05**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, Procedimentos aceitos e equipe. Brasília: CFM, 2005.

CRAIG, R. J. **Entrevista clínica e diagnóstica**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1991.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**. São Paulo: Educ, 1996.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DELIN, C. R., & ANDERSON, P. G. A preliminar comparasion of the psychological impact of laparoscopic gastric banding and gastric by-pass surgery for morbid obesity. **Obesity Surgery**, v 9, p.155-160, 1999.

DI BENEDETTO, C. **Intervenção psicológica em obeso na adolescência**:projeto de extensão universitária. Maringá: CESUMAR, 2004.

DIGREGORIO, J. M., MOOREHEAD, M. K. **The Psychology of Bariatric Surgery Patients: A Clinical Report**. V 4, p. 361 – 369, 1994.

DOBROW, Ilyse J.; KAMENETZ, Cláudia; DEVLIN, Michael. **Aspectospsiquiátricos da obesidade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 3, p. 63-67, 2002.

ELIAS, LR; TATMATSU DIB. (2007). **Proposta de Protocolo de Psicologia na Cirurgia Bariátrica**. In: Starling R.R. Sobre comportamento e cognição. Santo André, São Paulo: ESETec Editores Associados.

FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FLORES, Carolina Aita. **Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais**. Arq Bras Cir Dig. 27 (suplememnto 1): 59-62. Porto Alegre, RS. 2014.

FRANQUES, Aída Regina Marcondes. A entrevista psicológica. In: Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor, 2006.

GARRIDO JUNIOR, A. B. et al. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GIANSANTE, Marcos. **Cirurgia bariátrica e para o diabetes**: um guia completo. São Paulo: MG, 2018.

GIL, Antônio Carlos; **Método e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLEISER, Débora. 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, 2006.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HOLLI, B. B., CALABRESE, R. J. **Communication and education skills: the dietitian guide**. 2 ed. Pensylvania: Lea & Febiger, 1991. P. 1- 18.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1982.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000.

MACHADO, A.P.; MORONA, V. C. (2008). **Manual de Avaliação Psicológica**. Curitiba: Coletânea Conexão Psi – Série Técnica.

MARCHENCINI, J. B. História da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1994. 110 p.

MORÉ, Cármen L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Florianópolis. **Investigação qualitativa em ciências sociais**, UFSC, v. 3, 2015.

MUSHER-EIZENMAN D. R, et al. Body Size Stigmatization in Preschool Children: The role of control attributions. Rowling Green State University. **Journal of Pediatric Psychology**, Society of Pediatric Psychology, v. 29, n. 8, p. 613-620, 2004.

NASCIMENTO C. A. D.; BEZERRA S. M. M. S.; ANGELIM E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos da Psicologia**, v.18, n.1, p. 193-201, 2013.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

RABNER, J. G., GREENSTEIN, R. J. Obesity surgery: Expectation and reality. **International Journal of Obesity**. V.15 p.841 – 845, 1991.

SALOMÃO, Leila L. P.; TARDIVO, Cury. O psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica: avaliar, compreender e intervir. O trabalho do psicólogo clínico. In: FRANQUES, A. R. M; LOLI, M. S. A. **Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.

SARWER DB, WADDEN TA, FABRICATORE AN. **Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery**. *Obes Res* 2005 Abril; 3(4): 639-648.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 68-72, 2002.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Rev. Psiq. Clín.** v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SIMÕES, M. L.; BARBOSA, L. E. **Obesidade: Impacto no Carcinoma Colorretal**. In: *Revista Portuguesa de Cirurgia*. nº42. Série 2. 2017.

SOUZA, N. P. P.; OLIVEIRA, M. R. M. **O ambiente como elemento determinante da obesidade**. In: *Revista Simbio-logias*. V.1. nº 1. 2008.

STAFFIERI, J. R. (1967). **A study of social stereotype of body image in children**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(1, Pt.1), 101-104.

STUNKARD, A. J. & WADDEN, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.

TRAVADO, L. et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Revista Análise Psicológica**, v. 3, n. 22, p. 533-550, 2004.

TRINCA, W. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1983. P. 213.

WADDEN, T.A. & STUNKARD, A. – Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting: Research and Clinical Findings. In: STUNKARD, A.J. & WADDEN, T.A. (eds.): **Obesity: Theory and Therapy**. 2 ed. Raven, New York, pp. 163-77, 1993.

ZIEGLER, O. L'histoire naturelle de l'obésité est en train de changer. *Obesity*, v.3, n.1, p.6, 2008.

AGRADECIMENTOS

Em meio a realização desse desafio necessário para formação, agradeço a Deus pela minha saúde e por ter colocado pessoas tão especiais nessa caminhada. Me sinto uma pessoa abençoada por ter sido regada a todo tempo por minha orientadora, que o ano inteiro me passou tranquilidade, foi extremamente acessível e não mediu palavras para que eu me sentisse segura e com potencial para chegar até aqui, acolhendo quaisquer sentimento advindos desse processo que para muitos é desesperador, mas que no meu caso devido ao seu apoio ganhou uma grande nuance de realização, mantendo meu coração tranquilo. Aproveito para agradecer também a composição da minha banca, as quais são pessoas que admiro muito, considerando a potencialidade profissional e a ativa participação ao longo do ano, ambas se mostrando disponíveis e me incentivando com palavras que para mim ficarão por todo sempre, onde tiveram contribuição direta para minha sanidade mental nessa etapa. Claro que não poderia esquecer dos meus pais, os quais tornaram possível minha presença nesta faculdade e me apoiaram a continuar essa caminhada de graduação, e também meu noivo que se fez presente da sua maneira.