

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO PERÍODO PÓS-CIRÚRGICO DOS PROCEDIMENTOS BARIÁTRICOS

Rosemari Gonçalves¹; Cássia Ellen S. Bezerra² Prof. Ms. Daieny Panhan Theodório³

1 Estudante do Curso Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes – SP, roseananda99@gmail.com.

2 Estudante do curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes – SP, cassiaellenn@hotmail.com.

3 Professora da Universidade de Mogi das Cruzes, daienytheodorio@umc.br

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Psicologia

Palavras-chave: obesidade, bariátrica, Psicologia,

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Medicina, ao publicar a Resolução 2.131/15, reconheceu que a obesidade atinge no Brasil proporções epidêmicas e atualizou as normas para o acesso de pacientes com obesidade à cirurgia bariátrica, descrevendo novas comorbidades físicas que constituem indicações para a cirurgia e quais os transtornos de humor, psicóticos ou demenciais são contra-indicações ao procedimento. O laudo psicológico pré-cirúrgico já constava na resolução anterior (CFM-1.942/10) e o atendimento por uma equipe multidisciplinar que inclui psiquiatra e psicólogo. No período pós-cirúrgico, entretanto, a extensão deste acompanhamento não está definido em lei. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), em 2014, foram 88 mil procedimentos bariátricos no Brasil., antes do CFM reduzir a faixa etária (de 18 para 16 anos, com consentimento dos responsáveis e em caráter experimental), mudar o ICM (Índice de Massa Corporal) para acima de 35kg/m² com comorbidades (antes eram 40 kg/m²) e incluir na lista a depressão e os transtornos advindos da *estigmatização social* que sofre o obeso nas relações sociais.

O número atual de cirurgias realizadas reflete um crescimento anual de 15% em média, segundo informam as estatísticas do SUS (Sistema Único de Saúde). Os dados das cirurgias realizadas em hospitais e clínicas particulares, segundo a SBCBM, atinge um aumento de 33% ao ano. “O aumento de 45% no número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde entre 2010 e 2013 foi de 4.489 para 6.493 que representou uma redução na lista de espera daqueles que precisam deste tipo de procedimento. Quanto às comorbidades, foram incluídas na nova Resolução: “as doenças cardiovasculares, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas, doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão” (DIÁRIO OFICIAL, n° 2.131/15).

Magdaleno, Chaim e Turato (2009) destacam que a motivação do paciente que passará pela cirurgia deve estar consolidada para impedir que haja um reganho de peso no pós-cirúrgico, quando voltar a enfrentar os fatores estressantes que faziam o indivíduo engordar ou buscar apoio emocional em quantidades de alimentos engordativos nocivos à sua saúde. Oliveira e Yoshida (2009) estudaram 60 pacientes crônicos endócrinos e neurológicos (portadores de insuficiência renal crônica, glaucoma e retocolite ulcerativa e comparam índices de presença da depressão em pacientes obesos, concluindo que a depressão não é sintoma exclusivo da obesidade. Mas alertam que a pessoa obesa impõe a si mesma, uma auto-proteção que a impede de dar significação emocional à sua doença.

Restaurar as crenças positivas e estabelecer um compromisso com a manutenção dos resultados cirúrgicos são etapas da relação terapêutica entre psicólogos da Terapia

Cognitivo-Comportamental (TCC) com grande eficácia no acompanhamento de ex-obesos operados. Oliveira e Deiró (2013) realizaram um estudo com quatro psicólogos que utilizam a TCC, estes últimos acompanharam ao todo 20 pacientes, durante um ano de encontros semanais. O estudo mostrou que a autoestima manteve-se elevada nas fases mais problemáticas da adaptação dos operados à sua nova condição física. Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009) observaram ex-obesos com idade entre 25 e 40 anos, participantes de um grupo de apoio para operados no Espírito Santo e concluíram que o ganho de peso poderia ter sido amenizado por um acompanhamento psicológico que não foi realizado.

OBJETIVO GERAL

Relacionar as expectativas com a sua satisfação pelos resultados no período pós-cirúrgico e identificar o interesse do entrevistado em buscar acompanhamento psicoterapêutico no pós-cirúrgico.

MÉTODO

Essa pesquisa foi realizada de forma qualitativa e quantitativa. Foram utilizados 10 participantes adultos que tenham se submetido à cirurgia bariátrica por meio dos procedimentos técnicos autorizados pelo Conselho Federal de Medicina. Como critério de inclusão foram selecionadas as pessoas que teriam passado pela cirurgia até 3 anos atrás. Os participantes foram selecionados por indicação e convidados a participar espontaneamente, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Questionário por *e-mail*, *facebook* e carta, sendo orientados e respondidas as dúvidas surgidas através de mensagens *on line*. Receberam um questionário com 6 questões de múltipla escolha e 1 questão aberta para comentário. Foi dado um prazo de 30 dias para devolução do material com as respostas e assinaturas. Os nomes foram mantidos em sigilo. Foi utilizada a Resolução 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número do Parecer: 1.463.302, CAAE 49965315.0.0000.5497.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa pretendeu demonstrar que o emagrecimento cirúrgico é uma opção plenamente válida para indivíduos com diversas motivações pré-cirúrgicas, uma vez que 100% dos participantes apontaram para fatores sociais, familiares, emocionais, físicos e profissionais como os motores da decisão (n=10). Os resultados mostraram que 90% deles se consideraram plenamente satisfeitos (n=9) com a cirurgia e que 80% deles (n=8) manifestaram desejo de serem acompanhados por psicólogos após a cirurgia, para vivenciarem uma transição corporal mais segura.

Tabela 1. Motivação para cirurgia

Categoria	Frequência	%
Saúde Debilitada	6	31,58
Discriminação Social	4	21,05
Desejo de Mudar a Vida	4	21,05
Pelos Limites Físicos	3	15,79
Depressão	2	10,52
Situação Conjugal	0	0
Total	19	99,99

O questionário foi preenchido por 10 participantes e estes podiam apontar mais do que uma motivação para a realização do procedimento bariátrico. Com base na Tabela 1, vê-se que 31,58% dos participantes apontaram como o principal motivo para cirurgia a *Saúde Debilitada*, em seguida com 21,05%, a *Discriminação Social*, (n=4) apontaram o *Desejo de Mudar a Vida*. Vale pontuar que 15,79% dos participantes foram motivados pelos *Limites Físicos*. A depressão motivou apenas 10,52% dos participantes (n=2) a realizarem a cirurgia. De acordo com Oliveira e Deiró (2013) os fatores emocionais são os menos citados nas

pesquisas de motivação para a cirurgia devido aos pacientes voltarem-se para os sintomas físicos e comorbidades da obesidade. Vale notar que a *Discriminação Social* e o *Desejo de Mudar de Vida* refletem a insatisfação emocional dos participantes e podem ser enquadradas em disfunções e comportamentos disfuncionais (MOTA; COSTA; ALMEIDA, 2014).

Na questão 2, 20% dos participantes (n=2) apontaram as *Causas Fisiológicas* para sua obesidade, enquanto outros 20% apontaram como única motivação as causas *Emocionais* (n=2). A maioria (60%) citou que as duas causas (Emocionais e Fisiológicas) estavam presentes (n=6). Este resultado reforça o estudo de Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) no qual esta pesquisa se fundamentou, no sentido em que a necessidade de uma estruturação de comportamentos, suporte social e interação saudável com outras pessoas, são tão importantes quanto as dietas nutricionais e atividades físicas obrigatórias aos pacientes operados. Os autores demonstraram que de 7 a 50% do peso perdido com a bariátrica pode ser recuperado dentro de 10 anos se um modo mais saudável de vida não for estabelecido.

Na questão 3, dos 10 participantes desta pesquisa 70% (n=7) realizaram algum tipo de acompanhamento psicológico imediatamente após o procedimento cirúrgico. Portanto, vale pontuar que apenas 30% dos participantes não realizaram nenhum tipo de acompanhamento psicológico após a cirurgia. Estes resultados discordam com os resultados obtidos por Magdaleno, Chaim e Turato que concluem sobre a “Fase do Triunfo” que se provocaria no ex-obeso uma independência da busca de ajuda psicoterapêutica. A presente pesquisa demonstra que a maioria dos entrevistados precisou de ajuda a curto e médio prazo para incorporar sua nova imagem corporal. Em todos os 7 casos, o acompanhamento cessou espontaneamente a medida que se consolidava a perda de peso almejada.

Tabela 2. Alterações na vida pessoal pós-cirurgia

Categoria	Frequência	%
Vida Social	9	42,86
Atividade Física	3	14,29
Apetite Sexual	2	9,52
Desejo Por Compras	2	9,52
Depressão	2	9,52
Novo Emprego	1	4,76
Alterações Sono	1	4,76
Outros	1	4,76
Total	21	99,99

Na Tabela 2 (corresponde a questão 4) cada um dos participantes poderiam assinalar mais do que uma alteração na vida pessoal no período pós-cirúrgico. Com base nesta Tabela foi observado que a *Vida Social* mais satisfatória foi a principal alteração (42,86%). Na sequência, com maior número de respostas para as alterações apontaram o aumento da *Atividade Física* (14,29%). Vale pontuar que as *Alterações no Apetite Sexual*, *Depressão* e maior *Desejo de Compras*, tiveram o mesmo índice de respostas (9,52%), o que corrobora com os dados de Mota, Costa e Almeida (2014) que realizaram um estudo com 50 mulheres operadas com até quatro meses de cirurgia identificando ansiedade com a flacidez cutânea antes da retirada de excesso de pele e períodos de desânimo que só terminam quando a imagem corporal se ajusta aos padrões estéticos desejado.

Entre os participantes, 80% afirmaram ter interesse em procurar por acompanhamento psicológico caso verifiquem o retorno dos problemas emocionais. Apenas 20% não considera importante realizar um acompanhamento psicológico. Este resultado corrobora com a pesquisa de Oliveira e Deiró (2013) no que se refere à importância do acompanhamento psicológico no período pós-cirúrgico fazer parte dos protocolos das normativas sobre o assunto e justifica que este serviço de atendimento seja oferecido pelos sistemas de saúde público ou privado. Foi solicitado que os participantes classificassem sua satisfação com o resultado cirúrgico de 0 a 10 pontos. Entre eles (90%) se consideraram muito

satisfeitos. Apenas 10% manifestou insatisfação moderada com a cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se caracterizou por relacionar o sucesso da perda de peso alcançada com o interesse do paciente em recorrer a algum tipo de acompanhamento psicológico, tendo sido amplamente demonstrado que a maioria dos participantes sentiram a necessidade de escuta terapêutica e a buscaram por curto período mesmo manifestando um alto índice de satisfação com a nova imagem corporal. A existência de grupos de apoio *online* para pessoas, frequentados pela maioria dos participantes desta pesquisa, sugere que os operados buscam aliviar a ansiedade pré e pós-cirúrgica de maneira informal e que aceitariam ajuda profissional por mais tempo do que ordena a legislação em vigor. Entre os participantes a decisão por realizar a cirurgia foi devido a problemas com a saúde e de relacionamento pessoal. As mudanças estéticas aumentaram o apetite sexual, as atividades físicas e desejo de comprar roupas que evidenciassem uma nova fase corporal. A persistência da depressão em algum grau, no período pós-operatório, foi mencionada por apenas dois entrevistados e entre estes apenas um participante se declarou pouco satisfeito com a cirurgia. Devido ao crescimento da procura da cirurgia bariátrica desde seu surgimento na década de 90 e em face da pouca produção científica a respeito das consequências psicológicas negativas que dela possam advir, considera-se pertinente a realização de novos e abrangentes estudos das técnicas psicoterapêuticas a serem adotadas, que poderão constituir um mapeamento para um protocolo ideal de atendimento destes pacientes por parte dos Conselhos de Medicina e Psicologia.

REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL E. M. F. **Apoio Social e Reganho de Peso Pós-Cirurgia Bariátrica: Estudo de Caso sobre intervenção com Cuidador.** Temas em Psicologia; Vol.23, nº4, 1003-1016. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília DF, Brasil. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>, acesso em 24/05/2016.

EHRENBRINK, P. P.; PINTO, E. E.; PRANDO, F. **Um Novo Olhar Sobre a Cirurgia Bariátrica e os Transtornos Alimentares.** Psicologia Escolar, Vol. 7, n.1; 88-105. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>, acesso em 12/06/2016.

MAGDALENO, R. Jr., CHAIM E.A.;TURATO E.R. **Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.** Revista de Psiquiatria, Rio Gde. Sul, vol.31 no.1 Porto Alegre 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>, acesso em 05/04/2016

MOTA, D. C. L.; COSTA T. M. B.; ALMEIDA, S. S. **Imagem Corporal, Ansiedade e Depressão em mulheres submetidas a cirurgia Bariátrica.** Revista Psicologia e Prática; Vol.16 n.3, p.100-113 São Paulo; set-dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>, acesso em 23/07/2016.

OLIVEIRA, L.L.; DEIRO, C. P. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento;** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. XIV, nº1, p.36-49. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br>; acesso em 22/06/2016.

OLIVEIRA, H. A. O.; YOSHIDA E. M. P. **Avaliação Psicológica de Obesos Grau III - Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(1), 12-19. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br>, acesso em 11/05/2016.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015.

SBCBM – Soc Brasileira de Cir. Bariátrica e Metabólica. Disponível em www.scbm.org.br.