

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MÁRCIA REGINA ALVES CAMPOS

**PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SOBRE AS
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES DE CIRURGIA
BARIÁTRICA**

BELO HORIZONTE

2015

MÁRCIA REGINA ALVES CAMPOS

**PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SOBRE AS
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES DE CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para profissionais de Saúde.

Orientadora: Dra. Selme Silqueira de Matos

BELO HORIZONTE

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG


CAMPOS, MÁRCIA REGINA ALVES
PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SOBRE AS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES DE CIRURGIA BARIÁTRICA [manuscrito] / MÁRCIA REGINA ALVES CAMPOS. - 2015.
51 f.
Orientador: Selme Silqueira de Matos.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde .
1. educação em saúde. 2. obesidade mórbida. 3. cirurgia bariátrica. 4. psicanálise. I. Matos, Selme Silqueira de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Márcia Regina Alves Campos

**EDUCAÇÃO E SAÚDE SOBRE AS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE
PACIENTES DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Dra. Selme Silqueira de Matos (Orientadora)



Profª. Dra. Isabela Silva Cancio Velloso

Data de aprovação: **26/06/2015**

Aos meus avós, Madinha e Vovô Braga (*in memoriam*), por terem sido as pessoas mais importantes de minha formação humana e educacional, pelo amor incondicional e por fazerem parte da pessoa que sou hoje.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força interior que faz emergir em mim a busca pelo crescimento interior e pela oportunidade em contribuir através deste trabalho, em prol da humanização do Ser.

Aos meus pais que vibram a cada vitória alcançada.

Aos meus filhos Yara Campos Souto e Lucas Campos Souto, por fazerem parte de minha vida em todos os momentos.

Aos amigos e amigas que sempre me apoiaram nesta caminhada. Em especial ao meu amigo Marden de Oliveira, meu grande incentivador nesta caminhada.

Ao Romero Alves Lemos, pelo amor, carinho, apoio e grande companheirismo.

A professora e também minha orientadora Dr^a. Selme Silqueira de Matos, pela contribuição em minha formação como Especialista e pela dedicação de sempre.

As tutoras presenciais, Daniele Veloso e Poliana Neuls, por estarem sempre prontas a me orientarem no decorrer do curso e pelo carinho.

O acompanhamento psicológico é fundamental no período pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, tendo como foco ações preventivas e educativas.

Carvalho (2012)

RESUMO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES DE CIRURGIA BARIÁTRICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Objetivo: A compreensão da estrutura mental dos candidatos à cirurgia bariátrica, visando evitar que complicações psicológicas ocorram no pós-operatório tardio é a tônica desse projeto de intervenção. Assim, este estudo tem como objetivo orientar a equipe multidisciplinar sobre as principais características psicológicas do paciente de cirurgia bariátrica relacionados à educação para a saúde que contribuam no manejo do paciente e em seu bem-estar psíquico. Para garantir a abrangência e responder a questão norteadora do estudo realizou-se a busca de publicações sobre o tema pesquisado disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Bibliografia Brasileira de Enfermagem (BDENF); Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

A metodologia proposta foi projeto de intervenção utilizando como referência o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais e o Módulo 07 do CEFPEPS-EEUFMG.

Espera-se com esse projeto otimizar o acompanhamento psicológico adequado e efetivo ao paciente de cirurgia bariátrica do pré-operatório ao pós-operatório a curto, médio e longo prazo em interlocução com a equipe multidisciplinar e desta com o psicólogo por meio de ações efetivas e monitoramento sistematizado.

Descritores: educação em saúde; obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicanálise, psicologia médica, psicoterapia de grupo.

ABSTRACT

HEALTH EDUCATION ON PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BARIATRIC SURGERY PATIENTS: INTERVENTION PROJECT

Purpose: The understanding of the mental structure of candidates for Bariatric Surgery, in order to avoid psychological complications occurs in late post-operative is the tonic of this intervention project. Thus, this study aims to guide the multidisciplinary team on the main psychological characteristics of the Bariatric Surgery patient education related to health that contribute in the management of the patient and in his psychic well-being. To ensure comprehensiveness and answer the question the study's guiding the search for publications on the topic searched available Literature data bases in Latin America and the Caribbean Health Sciences (LILACS); Brazilian bibliography of nursing (BDENF); Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE) and in the electronic library Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

The proposed methodology was intervention project using as reference the Situational Strategic Planning (PES) planning and evaluation of health Actions, the Federal University of Minas Gerais and the module of CEFPEPS 07-EEUFMG.

The project is expected to optimize the psychological suitable and effective to the patient for Bariatric Surgery pre-op to post-op in the short, medium and long-term interaction with the multidisciplinary team and this with the psychologist through effective actions and systematic monitoring.

Keywords: health education; morbid obesity, bariatric surgery, psychoanalysis, medical psychology, group psychotherapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recursos Materiais e Humanos Necessários para Intervenção.....	34
Quadro 2 - Cronograma de Execução.....	35
Quadro 3 - Capacitação Profissional	37

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BDENF	Bibliografia Brasileira de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEFPEPS-EEUFMG	Formação Pedagógica de Educação Profissional na Saúde: Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
HFR	Hospital Felício Rocho
IMC	Índice de massa corporal
LILACS	Literatura Latino americana em Ciências da Saúde
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
POP	Procedimento de Operação Padrão
SCIELO	Scientific Electronic Library Online (Biblioteca eletrônica)
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	Introdução	13
2	Justificativa.....	19
3	Objetivo e metodologia.....	22
4	Referencial teórico.....	25
5	Plano de intervenção.....	32
6	Definição do problema.....	32
7	Descrição do problema.....	32
8	Explicação do problema.	32
9	Seleção dos nós críticos.....	33
10	Priorização	33
11	Consequências dos problemas	33
12	Público Alvo.....	33
13	Parceiros e/ou instituições apoiadoras – gestão do plano.....	34
14	Metas.....	34
15	Ações.	35
16	Instrumento de avaliação	35
17	Considerações finais.	40
18	Referências bibliográficas	41
19	Anexos	47

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade como uma doença crônica, de etiologia multifatorial e de proporções epidêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; ALLISON et al., 2008). Ziegler (2008) refere diminuição da média de idade de início do sobrepeso nos últimos vinte anos, com aumento da incidência e prevalência de sobrepeso e da obesidade em crianças, adolescentes e adultos jovens.

No Brasil, a prevalência da obesidade é de 8,9% em homens e 13,1% em mulheres (BRASIL, 2007a), e recentemente foram instituídas as diretrizes para a atenção à saúde, prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade (BRASIL, 2007b).

Por princípio

A obesidade é multideterminada por fatores fisiológicos, genéticos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, e aumenta o risco de ocorrência de doenças orgânicas e transtornos mentais e comportamentais, tais como os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar (MOLINER; RABUSKE, 2008, p.45).

Um dos recursos utilizados em relação à obesidade mórbida (índice de massa corpórea (IMC) maior que 40 kg/m²) é a cirurgia para redução de peso, e, “como reflexo da epidemia da obesidade, as cirurgias bariátricas também cresceram exponencialmente, apesar de vários critérios prévios para pacientes serem passíveis à sua submissão”. Somente em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) essas cirurgias aumentaram quase 800% entre 2001 e 2010. Em instituições privadas o crescimento registrado nesse mesmo período foi menor, cerca de 300%.

O seu número absoluto de procedimentos, entretanto, supera em 13 vezes o do SUS, deixando o país com 64,4 mil cirurgias realizadas em 2010, atrás apenas dos Estados Unidos, onde 300 mil intervenções são feitas anualmente (NERI, 2011).

A cirurgia bariátrica consiste na intervenção cirúrgica realizada no aparelho digestivo para diminuir a ingestão e absorção de alimentos. O resultado esperado é a perda de peso e a melhora das comorbidades, gerando melhora na qualidade de vida. A cirurgia não altera os demais fatores envolvidos na etiologia da obesidade mórbida (SANTOS, 2005).

A relevância em discutir este tema foi percebida enquanto psicóloga clínica atendendo, entre outras demandas, pacientes candidatos à cirurgia bariátrica

encaminhada por médicos cirurgiões solicitando avaliação psicológica para autorização do procedimento cirúrgico.

Mediante a necessidade da cirurgia, tanto pacientes quanto médicos cirurgiões seguem o trâmite preceituado na Resolução CFM nº 1.766, de 11/07/2005, que orienta sobre a documentação necessária para autorização da cirurgia, que exige, entre outros documentos, um Parecer Psicológico e por isto este paciente chega até o psicólogo.

Concomitantemente deparava-me com pacientes que já haviam sido submetidos a esta cirurgia há alguns anos - pós-operatório tardio ou em longo prazo - encaminhados ora por clínico geral, ora por psiquiatra e também por outras especialidades médicas. Comecei a observar que havia algo em comum no histórico destes pacientes, grande parte deles transitam entre uma e outra especialidade médica com queixas inespecíficas e ou difusas - psicossomáticas - e retornam à clínica médica devido a um mal-estar geral, insatisfação, falta de alegria, ansiedade, depressão.

Fui constatando que no pós-operatório em longo prazo, mesmo com o êxito da cirurgia quanto à perda de peso, este paciente não tem um acompanhamento psicológico efetivo, além de não existir uma interlocução entre os profissionais de saúde que o atenderam e destes com o psicólogo que o avaliou.

Estas constatações sugerem uma intervenção urgente em educação em saúde, sobre as características psicológicas destes pacientes orientada aos profissionais de saúde que lidam diretamente com estes pacientes desde o seu pré-operatório, pois, de acordo com Kathalian (1992, p. 274), “a quantidade de tecido adiposo conta uma estória que por vezes é intensa, grave, duradoura, removível ou eterna. Mas, sem dúvida alguma, plena de frustrações”.

O problema relevante que se apresenta é que a retirada ou o impedimento cirúrgico do sintoma cria um campo novo de estudo da dinâmica biopsicológica do sujeito, pois a angústia que, de algum modo, se resolvia através do sintoma, tem essa via impedida – aguda e artificialmente – de modo quase que absoluto após a cirurgia bariátrica.

Apesar da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.766/2005, estabelecer as normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definir que a “equipe precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e trans-operatório,

e fazer o seguimento do mesmo” além de definir também que “a equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos cirúrgicos” não é o que costuma acontecer na realidade prática da clínica médica (RESOLUÇÃO 1.766/2005. p. 72. grifonosso).

O fato é que, uma cirurgia desta complexidade requer critérios que, por muitas das vezes estão sendo descuidados e ou negligenciados por setores da saúde que teoricamente são responsáveis por ações educativas em saúde.

Tratando-se de uma avaliação multidisciplinar, aos psicólogos cabe avaliar psicologicamente os candidatos à cirurgia bariátrica, mas não há um procedimento sistematizado para nortear este profissional especificamente, “posto que o procedimento cirúrgico tem sido indicado e realizado com frequência cada vez maior, e os cuidados com as consequências psicológicas e psiquiátricas, ainda pouco conhecidas dessa prática não estão bem definidos.” (CHAIM; MAGDALENO JUNIOR; TURATO, 2009)

Ademais, observa-se que, em lugar das especialidades médicas atuarem em interlocução multidisciplinar orientando e acompanhando o paciente, este que segue em direção aos profissionais com seus encaminhamentos médicos objetivando recolher em tempo hábil a documentação exigida; o que deflagra uma fragmentação no serviço de saúde.

SEGAL e FANDIÑO (2002), em concordância com a recomendação do National Institutes of Health (NIH), avaliaram que “deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós-operatório”, mas advertem que tem se observado “um crescente abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos a esses procedimentos, provavelmente devido à ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica, mostrando um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos objetivo”. (SEGAL; FANDIÑO, 2002 apud CHAIM; et al., 2009).

A história e o cenário do projeto de intervenção

A história que ficou na memória e nos registros da Instituição diz que, em 24 de março de 1937, Felice Rosso recebeu o tabelião do Cartório Oficial de Pessoas Jurídicas de Belo Horizonte, Ferreira de Carvalho na presença de Américo Gasparini, Dona Mariazinha, cônsul Tulio Grazioli, cônsul honorário Conde Belli diSardes, Dr. Braz Pellegrino, Antônio Falci, Rafael Gagliardi, Arthur Savassi, Dr. Paulo Diniz Carneiro e José Nunes Pereira e assinou a escritura de doação de parte de seus bens para a Fundação Ítalo-Brasileira Felice Rosso.

Felice Rosso desejava criar serviços hospitalares para cuidar dos necessitados e desamparados. Para tanto, doara a quantia de mil contos de réis e a renda de prédios. O fato teve grande repercussão social.

Após o falecimento de Felice Rosso, em setembro de 1937, Gasparini deu seguimento às determinações do Estatuto e constituiu os grupos que administrariam a Fundação. A história desses grupos está guardada nos anais da Fundação e nunca é demais mostrar a sua evolução até a atualidade.

Em Minas Gerais e no Brasil, o Hospital Felício Rocho é uma referência no trato à saúde, observa com rigor as premissas do Ministério da Saúde, através de atendimentos ambulatoriais, consultas, exames e terapias.

Ao longo de sua existência o Hospital Felício Rocho (HFR) vem incorporando, de forma contínua e permanente, novas tecnologias e modernos equipamentos para as mais diversas aplicações, essenciais para o atendimento à saúde e principalmente nas questões relativas à Alta Complexidade, que é o caso da cirurgia bariátrica.

A média de cirurgias bariátricas realizadas no HFR é de 10 mensais, 120 cirurgias/ano, sendo 90% de convênios diversos principalmente UNIMED, 5% de pacientes particulares e 5% de pacientes do SUS.

A referência em cirurgia bariátrica neste hospital são os médicos Dr. José Luiz Campello e Dr. Cláudio Campolina, e os profissionais que acompanham o paciente do pré-operatório até a alta hospitalar são das seguintes especialidades: Médico Cirurgião, Fisioterapeuta, Nutricionista, Médico Intensivista Enfermeiro e Psicólogo.

Estes profissionais seguem um mesmo Procedimento Operacional Padrão (POP) – anexo1 - nele está disposto os critérios de inclusão e exclusão para o paciente se submeter ao procedimento, conduta e orientações pré-operatórias,

admissão e permanência hospitalar, conduta operatória e pós-operatória, instruções para alta hospitalar e evolução médica.

Com relação aos cuidados psicológicos do paciente que é o propósito desta intervenção, de acordo com o coordenador médico da cirurgia bariátrica Dr. José Luiz Campello, no que se refere ao cuidado pré-operatório “não tem um psicólogo específico, ainda seria o ideal”. Ele encaminha o paciente a um psicólogo particular que emite um laudo livre – anexo2. Este mesmo modelo é usado dentro do hospital para o psicólogo de plantão no pós-operatório e é também o documento que o psicólogo usa para todas as clínicas.

O acompanhamento psicológico no pós-operatório é realizado até a alta hospitalar, em média três dias. Com relação ao acompanhamento pós-operatório em longo prazo, fica a critério do paciente contratar atendimento psicoterápico, e, na minha opinião e da equipe esse é o nó crítico grave pois os problemas em muitos pacientes aparecem nessa fase.

JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este projeto de intervenção se deu, a partir da experiência em psicologia clínica com pacientes pré e pós-operatório e, particularmente no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, pois “é a partir deste momento que começam a se apresentar, verdadeiramente, para esses sujeitos os problemas que terão que enfrentar. Até o momento da cirurgia, por mais que tenham sido orientados e esclarecidos quanto às dificuldades, estavam, digamos, fascinados com a certeza de resolverem todos os seus problemas a partir da cirurgia” (DEMARIA,2007; DIXON;DIXON;O'BRIEN, 2003 apud CHAIM, 2008).

No pós-operatório tardio costumam apresentar outros transtornos e ou adições, sentem-se deprimidos, ainda se veem gordos ou de fato voltaram a ganhar peso e ou ainda, passam a manifestar outros sintomas e ou doenças, e não têm assistência efetiva.

A cirurgia bariátrica foi recomendada durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do National Institutes of Health (NIH) de 1991, para indivíduos bem informados, motivados e com obesidade de classe 3 (acima de 40 de IMC), que tivessem riscos operatórios aceitáveis, e para aqueles com obesidade de classe 2 (entre 35-40 de IMC) e condições pré-mórbidas de alto risco. Aconselhou-se ainda, como fundamental, uma seleção cuidadosa de candidatos à cirurgia por equipe multidisciplinar.

Um levantamento feito por APPOLINÁRIO (2006), LEAL & BALDIN (2007) e OMALU (et al. 2005) apresentam resultados de situações psiquiátricas preocupantes em pacientes de pós-operatorios de cirurgias bariátricas, como o aumento de auto-agressividade e ocorrência de suicídio, este último considerado por APPOLINÁRIO(2006) como a principal ocorrência de morte em pós-operatório.

Na perspectiva psicodinâmica, "a obesidade corresponde a uma estrutura como efeito final de uma complexa trama de dificuldades psíquicas e sua interação com o meio, que parte de problemas em fases precoces do desenvolvimento do ser humano" (MAHLER, 1982; TUSTIN, 1990.apudCHAIM et al., 2009).

Essas experiências justificam propor ações para o funcionamento da equipe multidisciplinar do Hospital Felício Rocho, sendo necessária a compreensão da estrutura mental dos candidatos à cirurgia bariátrica, visando evitar que complicações psicológicas venham a tornar todo o risco assumido pelos pacientes e

equipe desnecessários, além do alto custo financeiro envolvido em todo o processo cirúrgico.

OBJETIVO E METODOLOGIA

OBJETIVO

Propor uma orientação para a equipe multidisciplinar sobre as principais características psicológicas do paciente de cirurgia bariátrica relacionados à educação para a saúde que contribuam no manejo do paciente e em seu bem-estar psíquico.

METODOLOGIA

Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado como referência o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), que foi discutido na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais. Este método proporciona ao pesquisador buscar na própria realidade de atuação, a problemática, priorização do problema e formas práticas e planejadas de atuação na realidade pesquisada, produzindo modificações.

O primeiro passo foi o diagnóstico situacional da clínica médica de cirurgia bariátrica do HFR fazendo o reconhecimento da unidade de cirurgia. O diagnóstico em saúde possibilita o levantamento de dados pertinentes de uma determinada área de abrangência. Diagnóstico significa "através do conhecimento" isto é, não há como realizar diagnóstico sem um conhecimento prévio e amplo da área de atuação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

É preciso conhecer no território os problemas, suas causas e consequências para então pensar em uma intervenção. Deve-se realizar o diagnóstico de forma coletiva, com os membros da equipe de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para definição do problema foi utilizado a Estimativa Rápida, identificando a ocorrência de complicações emocionais e psiquiátricas no pós-operatório a longo prazo em pacientes de cirurgia bariátrica como um problema significativo para intervenção urgente da equipe.

Em seguida foi feita a descrição do problema selecionado e, por fim, a definição dos "nós críticos" que foram: falta de acompanhamento psicológico no pós-operatório em longo prazo; forma de trabalho da equipe multidisciplinar; falta de conhecimento e de abordagem sobre as características psicológicas do paciente de cirurgia bariátrica.

De posse dos dados buscou-se na literatura estudos que contribuíssem para sustentação teórica da proposta. O levantamento de dados bibliográficos foi feito na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme e Scielo com os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), utilizando os seguintes descritores: *educação em saúde, obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, psicanálise, psicologia médica, psicoterapia de grupo.*

Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde e do memorial da Fundação Felice Rosso e do Hospital Felício Rocho.

REFERENCIAL TEÓRICO

A definição de obesidade mórbida por critérios de peso corpóreo estabelece como indivíduos portadores de obesidade mórbida aqueles pacientes com aumento de 100% acima do peso ideal ou 45-50 kg de excesso com relação ao peso ideal. Isso, geralmente, inclui homens pesando mais de 120-130 kg e mulheres pesando mais de 100-110 kg (BALSIGER; MURR; POGGIO; SARR,2000, p. 477-489).

Considerando-se o índice de massa corpórea [IMC = peso (kg)/altura (m)] para definir obesidade, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica considera um IMC de até 25 como normal (eutrófico), entre 25-30 de IMC como sobrepeso, entre 30-35 de IMC como obesidade grau I, entre 35-40 de IMC como obesidade grau II e acima de 40 de IMC como obesidade grau III ou "obesidade clinicamente mórbida" (AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL NUTRITION, 1992, p. 615 - 619).

Uma definição mais ampla de obesidade mórbida deve obrigatoriamente incluir pacientes que tenham comorbidade grave relacionada diretamente com a obesidade, como artropatia mecânica, hipertensão, diabetes tipo II, doença cardíaca, dislipidemia e apnéia do sono dentre outras (BALSIGER; MURR; POGGIO; SARR,2000, p. 477-489).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Nº 41431.0, a Cirurgia Bariátrica é um procedimento utilizado para tratamento da obesidade mórbida, respeitando-se o preceituado na RESOLUÇÃO CFM Nº 1.766/2005. Segundo a RESOLUÇÃO CFM Nº 1.942/2010, que altera a anterior, é indicação e critério para Cirurgia Bariátrica no Tratamento de Obesidade Mórbida:

- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m².
- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e afetado por comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.
- Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado.
- Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.
- Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.
- Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

- Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, em longo prazo. (grifo nosso)

No Brasil, dados de pesquisa realizada por um grande laboratório farmacêutico durante três anos e divulgada pela imprensa leiga, analisando os hábitos alimentares e a equivalência peso/altura de 280 mil funcionários das 200 maiores empresas do país, revelaram que a obesidade afetava 46% dos indivíduos estudados e, nestes, cerca de um terço se encaixava na definição de obesidade mórbida. Em termos nacionais, estima-se que 30% da população brasileira está acima do peso ideal (BUCHALLA 2001; p. 86-87). Em tempos onde os custos ligados à saúde estão na pauta do dia, a obesidade provou ser uma das doenças que mais pesa nessa conta.

Os hábitos alimentares são construídos a partir de influências culturais, socioeconômicas, familiares e psicológicas. O comportamento alimentar é influenciado pelas condições econômicas, pelo significado social do alimento associado à cultura local e à religiosidade, pelas características geográficas implicadas na produção, estocagem, comercialização e preço, pelas habilidades para combinar e preparar as refeições, e pelas intolerâncias a determinados tipos de substâncias presentes nos alimentos. De acordo com Assis e Nahas (1999, p. 36):

A seleção de alimentos é uma parte de um sistema comportamental complexo. Na criança é determinada primeiramente pelos pais, práticas culturais e éticas de seu grupo. Experiências precoces e interação contínua com o alimento determinam as preferências alimentares, hábitos e atitudes exibidas pelos adultos.

A compulsão alimentar tem relação com a obesidade mórbida e é um fator dificultador do tratamento, ocorrendo com maior frequência em pessoas com obesidade precoce, oscilação entre períodos de perda e ganho de peso (SEGAL;FANDIÑO, 2002; APPOLINÁRIO, 2004; FANDIÑO ET AL., 2004; SANTOS, 2005).

O grande problema dos tratamentos propostos para a obesidade mórbida é a manutenção da perda do peso em longo prazo, e a cirurgia bariátrica surgiu como ferramenta terapêutica eficaz, com reais possibilidades de minimizar as falhas

terapêuticas que ocorriam com os tratamentos clínicos e nutricionais (MACDONALD et al, 1995; p.339-50).

A questão é que a associação entre alimento, emoções e sentimentos se constrói no desenvolvimento do ser humano, e a tradução precoce e continuada dos desconfortos emocionais como fome, pode contribuir para a ocorrência de dificuldades no comportamento alimentar. APPART, TORDEURS E REYNAERT (2007) referem que a obesidade revela a dinâmica do comportamento alimentar do indivíduo e da família, e diferenciam o comer por prazer do comer para acalmar o mal-estar e a angústia.

A metáfora utilizada pelos autores é de que a obesidade funciona como uma armadura protetora ante os eventos estressores, ao mesmo tempo em que expressa estagnação psíquica do sujeito diante dos desafios desenvolvimentais nas diferentes etapas do ciclo vital. Como sintoma, a obesidade teria a função de demarcar vivências traumáticas. Na pesquisa de CHAIM, MAGDALENO JÚNIOR e TURATO (2008), os autores abordam os fatores psíquicos envolvidos no desarmamento da situação:

Sabe-se, desde Freud (1987) que, nas fases iniciais do desenvolvimento, o ódio da criança em relação ao ambiente que a frustra é predominante, e os ataques que a criança faz são intensos, podendo, caso a resposta do ambiente seja desfavorável, danificar o sistema relacional dessa criança com os outros, transtornando suas funções psíquicas básicas. A função simbólica da incorporação expressa pela alimentação é, nesse período, o modelo do qual a criança dispõe para relacionar-se com o mundo. A partir de falhas nesse momento fundamental da construção do sistema relacional da criança se estruturariam os sintomas mais primitivos que irão se expressar, mais tarde, por comportamentos aditivos, entre eles a obesidade mórbida. A incapacidade para criar um referencial simbólico que seja suficiente para dar algum destino para a forte pressão de impulsos primitivos deixa em aberto a via da descarga corporal imediata destes.

Segundo Mahler (1982), a identidade coesa da imagem corporal da criança fundamenta-se em suas experiências iniciais nos campos sensorial e motor, experimentados na relação fusional com a mãe. A criança aprende e apreende o mundo por intermédio dessa relação. É uma fase na qual o Eu se forma a partir da imagem da mãe. Winnicott(1975) chamou esse momento do desenvolvimento de “fase do espelho”, no qual a criança deve poder reconhecer a si mesma no olhar da mãe, e a partir daí iniciar o processo de formação de sua identidade. Falhas nesses momentos iniciais da formação do Eu obrigam o bebê a se defender, estruturando áreas deformadas no psiquismo que o incapacitariam para lidar com a pressão vinda do corpo.

Ainda segundo Winnicott(2000), no decorrer do desenvolvimento normal de um bebê, a “mãe devota suficientemente boa” acolhe o bebê em

seu “ambiente interno” e o protege das tumultuadas tensões internas e externas, proporcionando, assim, uma progressiva diferenciação do soma da criança em direção à formação de um psicossoma, que fará a intermediação entre as intensas exigências vindas de dentro e as exigências do mundo externo.

Assim, o psicossoma seria a estrutura que se forma a partir da relação do corpo com suas pulsões e com o ambiente. Caso haja alguma deficiência nesse processo de maturação, partes desse corpo continuam funcionando de forma primitiva, sem intermediação organizadora, ficando submetidas à descarga imediata da tensão. Tustin (1990), a partir do estudo de crianças com autismo psicogênico, postula a existência de áreas isoladas da personalidade de adultos com funcionamento autista, que seriam a base estrutural de transtornos mentais como as adições, transtornos alimentares, e obesidade mórbida, entre eles. (p.73-78)

A decisão para realização desse procedimento requer um período de avaliação, preparação psicológica e acompanhamento do paciente no pré e pós-cirúrgico, considerando os significados atribuídos ao sobrepeso, à alimentação e à cirurgia, promovendo integração entre expectativas e ajustamento psicossocial, particularmente no pós-cirúrgico tardio, é nesse momento – e aqui já se passou 1(um) ano ou um pouco mais após a cirurgia – que o sintoma “obesidade”, que foi impedido pela cirurgia, pode, se não houve um acompanhamento terapêutico satisfatório, começar a buscar novas vias de expressão, sendo duas vias principais que podem se formar: a via depressiva e a via da compulsão.

Estudo realizado por CHAIM, MAGDALENO JÚNIOR e TURATO (2008) mostrou que a primeira via começa com sintomas vagos: sensação de vazio, perda de interesse por coisas que anteriormente eram muito valorizadas, perda de eficiência no trabalho e angústia. A segunda via que pode se abrir é a da compulsão. Vemos com muita frequência que passado o primeiro momento de triunfo sobre o sintoma, o traço impulsivo, existente já na base da personalidade do obeso começa, pouco a pouco, a se fazer presente e pressionar o indivíduo em direção ao alimento.

Apesar da sua natureza invasiva, a cirurgia bariátrica tem apresentado uma taxa de sucesso consistente no que tange à perda de peso, mas, segundo a organização WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) a abordagem do paciente deve ser realizada por equipe multidisciplinar envolvendo endocrinologista, nutricionista, psicólogo ou psiquiatra e cirurgião, todos com experiência e interesse

no tratamento da obesidade. Ainda acrescenta que a abordagem inicial deve envolver programa de educação com aconselhamento sobre dieta, mudança de hábitos alimentares, estilo de vida e programa de exercícios, além de prever acompanhamento de longo prazo, mais intenso nos primeiros meses e anos de pós-operatório. (grifo nosso)

Então, quando indicado tratamento cirúrgico, faz-se necessário que a condução do procedimento seja realizada por equipe multidisciplinar e o seu resultado está diretamente ligado às mudanças de hábitos de vida (APPOLINÁRIO, 2006). É fundamental, portanto, que cada um dos integrantes da equipe multidisciplinar tenha visão geral composta pelos mais diversos dados coletados no diagnóstico.

Estudo feito em 2008 (CHAIM; MAGDALENO JÚNIOR;TURATO, 2008) com sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em Campinas (SP) em foi identificado três categorias estruturais psicológicas:

- Estrutura melancólica, cujos pacientes parecem ter maior possibilidade de desenvolver outras condutas aditivas no pós-operatório, sobretudo alimentares, por não suportarem a frustração pela perda;
- Estrutura desmentalizada, na qual, por faltar uma capacidade elaborativa, o paciente não consegue reorganizar-se frente ao desafio de permanecer com peso controlado;
- Estrutura perversa, cujos sujeitos mantêm a programada perda de peso, porém a custas de comportamentos que levam desconfortos à equipe de saúde.

Ao passar por esse marco, que é a cirurgia, inicia-se uma fase de intensos desafios, talvez até maiores que antes, pois todo o sistema defensivo que era mantido em torno da alimentação e da obesidade fica impedido. O sujeito deve, rapidamente, aprender a lidar com suas angústias através de outros meios. Isso nem sempre é possível, deixando então abertos inúmeros canais patológicos. Pode-se dizer que a obesidade, vivida por todos como um grande problema, é também, no fundo, uma resposta para todos os problemas. Daí a conclusão óbvia que aparece tantas vezes: resolvendo o problema da obesidade, estará tudo resolvido. O momento em que tal fantasia se desvanece é crítico, e observamos que o sujeito fica

susceptível às complicações emocionais e psiquiátricas (CHAIM; MAGDALENO JÚNIOR; TURATO, 2008).

A característica peculiar da população atendida coloca a equipe de saúde frente a questões bastante particulares e que demandam atitudes terapêuticas diferenciadas. Como a essência da estrutura psicológica do obeso mórbido é constituída por elementos primitivos, ligados a problemas em fases precoces do desenvolvimento emocional, com intensos sentimentos de ódio frente à frustração e à falta, vemos esse universo emocional interno transbordar para o ambiente do ambulatório e por vezes contaminar o próprio funcionamento da equipe e dos profissionais individualmente. Tal fenômeno ocorre a partir de identificações projetivas maciças (KLEIN, 2001) de elementos psíquicos para dentro da equipe.

Quantas vezes podemos facilmente identificar atitudes de rejeição a certos pacientes que voltam a engordar, ou que não conseguem cumprir corretamente a dieta, ou, então, em relação àqueles que passam a ter queixas em relação à cirurgia (dores, intolerância alimentar, etc.)? Acreditamos que esses sentimentos são a consequência da projeção maciça do mundo interno dos pacientes na equipe. Tal fato tem uma importância prática relevante, pois aponta para a necessidade de os membros da equipe de saúde serem orientados e, mais do que isso, de receberem suporte psicoterapêutico que os capacite a identificar e elaborar internamente essa forte carga de afetos que o paciente impõe. Caso esse cuidado não seja tomado, podemos incorrer em erros muito facilmente, pois o tipo de sentimentos e reações que o paciente obeso desperta, é, muito frequentemente, de rejeição e discriminação (KAMINSKY, 2002).

PLANO DE INTERVENÇÃO

PLANO DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO DE BELO HORIZONTE/MG.

Definição do Problema

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica costumam apresentar complicações psicológicas no pós-operatório em longo prazo e não têm acompanhamento psicológico adequado e efetivo. Principais problemas observados:

- Não adesão do paciente ao tratamento;
- Ganho de peso no pós-operatório em longo prazo;
- Retorno do paciente aos serviços de saúde com queixas inespecíficas;
- Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica costumam manifestar depressão, transtornos da ansiedade, outras adições, insatisfação e ou distúrbios da imagem corporal;
- Pacientes sem acompanhamento psicológico no pós-operatório em longo prazo.

Descrição do Problema

Um número elevado de pacientes apresenta problemas durante o pós-operatório em longo prazo e esse é um importante problema na área de abrangência que merece ações estratégicas para enfrentamento da problemática.

Explicação do Problema Selecionado

Causa: Falta de acompanhamento psicológico adequado e efetivo ao paciente de cirurgia bariátrica - do pré ao pós-operatório em longo prazo em interlocução com a equipe multidisciplinar e desta com o psicólogo.

Consequências: A falta deste acompanhamento durante as diversas fases pelas quais o paciente de cirurgia bariátrica vivencia, acaba por acarretar vários comprometimentos - isolados ou concomitantemente - como a não adesão ao tratamento, depressão, transtornos da ansiedade, ganho de peso, outras adições, insatisfação, distúrbio da imagem corporal e ainda gerar incômodo na equipe multidisciplinar além de onerar o sistema de saúde.

Seleção dos nós críticos

Os nós críticos são as causas principais dos problemas selecionados, que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução ou minimização.

- Falta de acompanhamento psicológico do paciente de cirurgia bariátrica no pós-operatório em longo prazo;
- Falta de interlocução adequada entre a equipe multidisciplinar com o psicólogo no pré-operatório do paciente de cirurgia bariátrica;
- Falta de um psicólogo de referência na clínica de cirurgia bariátrica;
- Processo de Trabalho da Equipe Multidisciplinar;
- Baixo nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre os aspectos psicológicos da cirurgia bariátrica;

Priorização

Diante dos problemas citados acima e dos “nós críticos” diagnosticados, utilizarei como foco para a intervenção: a falta de acompanhamento psicológico adequado e efetivo ao paciente de cirurgia bariátrica - do pré-operatório ao pós-operatório em longo prazo em interlocução com a equipe multidisciplinar e desta com o psicólogo, como um problema significativo para intervenção urgente da equipe.

Consequências dos Problemas

A falta de acompanhamento psicológico do paciente de cirurgia bariátrica acaba por acarretar vários danos: sofrimento psíquico, não adesão ao tratamento proposto, depressão, transtornos da ansiedade, ganho de peso, outras adições, insatisfação, distúrbios da imagem corporal, desconforto na equipe multidisciplinar, novos diagnósticos, novas internações, onerar o sistema de saúde, desestabilização no contexto familiar e social do paciente.

Público Alvo

A equipe da clínica médica de cirurgia bariátrica do Hospital Felício Rocho.

– QUADRO 1.

Recursos Materiais e Humanos Necessários para Intervenção

Recursos Materiais	Recursos Humanos
Espaço adequado para realização das atividades (palestras, dinâmicas, seminários).	Setores assistenciais do HFR
Recursos audiovisuais: cartazes, apostilas, retroprojeter, datashow, microfone, entre outros.	
Materiais e folders informativos	Diretor de Recursos Humanos
Vídeos, livros, periódicos, revistas especializadas, acesso a internet e outros.	Equipe Multidisciplinar

Parceiros e ou Instituições Apoiadoras – Gestão do Plano

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade do SUS. Será realizada uma reunião juntamente aos gestores para que se possa apresentar o projeto, objetivos, relevância e orçamento necessário.

O acompanhamento do projeto deverá ser feito através de relatos a cada encontro, seguido de discussões em grupos com toda a equipe (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem e assistentes sociais).

Metas

- Diminuir o risco de ocorrência de transtornos mentais e comportamentais, tais como os transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade e de compulsão alimentar;
- Diminuir o número de reinternações/queixas/insatisfações do paciente de cirurgia bariátrica;
- Capacitação dos profissionais de saúde no manejo de pacientes de cirurgia bariátrica em seus aspectos psicológicos.
- Melhorar o nível de conhecimento e interesse dos pacientes e familiares sobre os aspectos psicológicos da cirurgia bariátrica;

Ações

- Sensibilização dos profissionais de saúde de cirurgia bariátrica sobre os aspectos psicológicos envolvidos na clínica de cirurgia bariátrica;
- Orientar a clínica médica de cirurgia bariátrica sobre a importância de se estabelecer uma interlocução com o psicólogo em “link” permanente com o paciente de cirurgia bariátrica;
- Esclarecer a necessidade da continuidade do acompanhamento psicológico após alta hospitalar do paciente;
- Orientar junto à clínica de referência de cirurgia bariátrica sobre a importância de esclarecer ao paciente de cirurgia bariátrica e sua família sobre a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico em longo prazo;
- Orientar sobre a importância de um Psicólogo de Referência na Clínica Médica de Cirurgia Bariátrica;
- Seminário Educativo sobre as principais características psicológicas de pacientes de cirurgia bariátrica;
- Promover espaço de interação da equipe multiprofissional/paciente/família;
- Avaliação do Projeto.

Instrumentos de Avaliação

Reunião com a Equipe de Referência de Cirurgia Bariátrica para identificar os benefícios alcançados com as ações educativas.

QUADRO 2.

Cronograma de Execução

Atividades	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Apresentação do Projeto: Reuniões com Setores assistenciais do HFR / Secretário de Saúde e Secretaria de Assistência Social / RH / Equipe Multidisciplinar	X					

Político: Articulação entre os setores do HFR e adesão dos profissionais	X					
Financeiro: Articulação com o RH e Assessoria da Qualidade/Educação Permanente para aquisição de materiais para que se possa trabalhar em grupos operativos com os profissionais	X					
Organizacional: Planejamento das ações na Unidade Cirúrgica do HFR	X					
Sensibilização: Preparação da equipe multidisciplinar para lidar com a problemática → Workshop Lúdico	X					
Cognitivo: Proporcionar informações esclarecedoras sobre os aspectos psicológicos que envolvem a equipe multiprofissional, pacientes e familiares em relação à cirurgia bariátrica →Palestra Expositiva Dialogada		X			X	
Capacitação Profissional: Principais Características Psicológicas do Paciente de Cirurgia Bariátrica que contribuam no manejo do paciente →Seminários * Quadro 3		X	X	X		

Comunicação Efetiva: Trabalhar os “ruídos na comunicação” da equipe multiprofissional →Dinâmicas		X	X	X		
Refletir sobre a função de cada profissional dentro da equipe e procurar delimitar as atribuições de cada membro sem perder a interlocução que dialoga seus “saberes” de forma que contribuam nas ações com os pacientes				X	X	
Promover espaço de interação da equipe multiprofissional/paciente/família					X	
Avaliação do Projeto						X

QUADRO 3.

Capacitação Profissional (*):

Seminário Educativo**Estruturas psicológicas de pacientes de cirurgia bariátrica**

Estrutura Mental	“Melancólica”	“Desmentalizada”	“Perversa”	
Modos de enfrentar desafios da cirurgia	Estudo de Caso	Estudo de Caso	Estudo de Caso	

Prognósticos	Abordagem teórico-clínica	Abordagem teórico-clínica	Abordagem teórico-clínica	
Complicações pós-operatórias	Pesquisas e Discussão Multidisciplinar	Pesquisas e Discussão Multidisciplinar	Pesquisas e Discussão Multidisciplin ar	
Reflexão				Interlocação Multidisciplinar entre os “saberes”
Propostas				Construção de Propostas pelos Grupos Operativos
Relatório de Atividade				Registrar as ações com vista à avaliação, ao monitoramento e à sistematização

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este trabalho de Conclusão de Curso para o Título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, pôde-se constatar que existe um enorme campo de atuação para profissionais envolvidos com os processos de formação de trabalhadores de saúde com práticas educativas, capacitados em utilizar abordagens pedagógicas na perspectiva da promoção de saúde, contribuindo para melhorar seus indicadores e comprometidos com a Política de Educação Permanente como estratégia de reorganização do processo de trabalho.

Pôde-se observar que a decisão em realizar a cirurgia bariátrica resulta de um conjunto de concepções sobre as consequências negativas da obesidade mórbida para a saúde, em detrimento dos aspectos psicológicos relacionados aos significados atribuídos à cirurgia, que estão relacionados às mudanças em todas as dimensões da vida e ao ideal de que a cirurgia poderá remover o peso subjetivo das limitações com as quais terão que lidar. Esses aspectos merecem investigações mais aprofundadas, especialmente ao se considerar a construção do comportamento alimentar e da obesidade no desenvolvimento do indivíduo e da família.

A realização desse procedimento invasivo requer um período de avaliação e de preparação do paciente e da família, com destaque aos fatores emocionais que relacionam ansiedade, funcionamento familiar, comportamento alimentar e imagem corporal, sendo a intervenção do psicólogo de suma importância neste processo.

Espera-se que a partir do material que surgir espontaneamente nos grupos operativos, objeto desta intervenção, possamos identificar na dinâmica grupal e na discussão com os pares, fenômenos que são constitutivos da realidade psíquica dos pacientes envolvidos, e que acredito serem fenômenos comuns no pós-operatório da cirurgia bariátrica, bem como, possa agregar conhecimento à equipe multidisciplinar propiciando uma seleção mais cuidadosa de candidatos à cirurgia. Que os dados construídos e coletados possam corroborar com futuras pesquisas neste campo do "saber" ainda em eminência.

REFERÊNCIAS

_____. Portaria nº 1.569/07. **Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

ALLISON, D. B.; DOWNEY, M.; ATKINSON, R. L.; BILLINGTON, C. J.; BRAY, G. A.; ECKEL, R. H.; FINKELSTEIN, E. A et al. **Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of The Obesity Society.** Obesity, v. 16, n. 6, p. 1161-1177, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.231/full>> Acesso em: 05 mar. 2015.

APPART, A.; TORDEURS, D.; REYNAERT, D. **La prise en charge du patient obèse: aspects psychologiques.** Louvain Medical, v. 126, n. 5, 2007.

APPOLINÁRIO, J. C. **Transtornos alimentares.** In: Botega NJ, ed. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

ASSIS, Maria A. A. de; NAHAS, Markus V. **Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar.** Rev. Nutr., Campinas, v.12, n.1, p.33-41, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52731999000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 mai. 2015.

BALDIN, N.; LEAL, C.W. **O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida.** Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul. 2007;29(3).

BALSIGER, B.M.; MURR, M.M.; POGGIO, J.L.; SARR, M.G. **Bariatric Surgery.** Medicine ClinNort Am, [S.l.], v.84, n.2, p.477-489, 2000.

BUCHALLA, Anna Paula. **Trabalhar engorda**. RevistaVeja. 2001; 22:86-87

BUTLER, G. S.; KONOK, G.; MACDONALD A. S.; PEREY, B.; VALLIS, T. M.; VAN ZANTEN, S. J. V. **The role of psychological functioning in morbid obesity and its treatment with gastroplasty**. ObesSurg, 2001.

CAMPOS, F. C. C de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAIM, E. A.; MAGDALENO JÚNIOR, R.; TURATO, E.R. **Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul. 2009;31(1):73-8.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N° 1.766/05**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM N° 1.942/2010**. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005. (Publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72).

DEMARIA, E. J. **Bariatric surgery for morbid obesity**. N Engl J Med. 2007;356(21):2176-83.

DIXON, J.B.; DIXON, M.E.; O'BRIEN, P. E. **Depression in association with severe obesity: changes with weight loss**. ArchIntern Med. 2003;163(17):2058-65

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINÁRIO, J. C. **Cirurgia Bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos**. Revista de Psiquiatria. Porto Alegre. v. 26, n. 1, p. 47-51, jan/abr. 2004.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. In: Freud S. Obras completas. vol. 9. Rio de Janeiro: Imago; 1974.

FREUD, Sigmund. **O Instinto e suas vicissitudes**. In: Freud S. Obras completas. vol. 9. Rio de Janeiro: Imago; 1974.

KAMINSKY, J.; GADALETA, D. **A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients**. *ObesSurg*. 2002

KATHALIAN, A. **Obesidade: um desafio**. In: MELLO FILHO, J. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEIN M. **Notas sobre alguns mecanismos esquizóides**. In: Klein M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.

MACDONALD, K.G.; PORIES, W. J.; SWANSON, M. S.; et al. **Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus**. *Ann Surg*. 1995.

MAHLER, M. **O processo de individuação e separação**. Porto Alegre: Artmed; 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). **Prevalência de déficit de peso e excesso de peso na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo**. Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/>. Acessado em fevereiro, 2015.

MOLINER, Juliane de; RABUSKE, Michelli Moroni. **Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica**. *Psicol. teor.prat.*, São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em fevereiro, 2015.

NASSIF, D. S. B.; MALAFAIA, O.; NASSIF, P. A. N.; KURETZKI, C. H.; LUCAS, R. W. C.; PINTO, J. S. de P. **Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica**. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2011;24(3): 215-218

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT. **Gastrointestinal surgery for morbidobesity**. Am J Clin Nutr 1992; 55(2): 615-19.

NERI, M. **Cirurgias bariátricas saltam 800% em 10 anos na rede pública de saúde**. Correio Braziliense [periódico na internet]. 2011. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2011/02/21/interna_ciencia_saude,238824/cirurgias-bariatricas-saltam-800-em-10-anos-na-rede-publica-de-saude.shtml> Acesso em: 17 fev. 2015

OMALU, B.I.; CHO, P.; SHAKIR, A.M.; AGUMADU, U.H.; ROZIN, L.; KULLER, L.H.; et al. **Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity**. SurgObesRelat Dis. 2005;1(4).

RODRIGUES, Renata Tavares Franco. **Enfermagem na segurança do paciente no período transoperatório de cirurgia bariátrica: revisão integrativa da literatura**. 2012. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23082012-142152/>>. Acesso em: 11 mar. 2015

SANTOS, F. C. G. **Magro: e agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor, 2005.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. **Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas**. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl 3):S68-72.

TUSTIN F. **Barreiras autistas em pacientes neuróticos**. Porto Alegre: Artmed; 1990.

WINNICOTT, D. W. **A mente e sua relação com o psicossoma**. In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000.

WINNICOTT, D. W. **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**. In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso 11 mar. 2015.

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

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C.. **O papel da cirurgia no tratamento da obesidade**. RevBrasMed; 59(4): 258-264, abr. 2002.

Anexo 1 - Procedimento Operacional Padrão (POP)



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

1- Atividade Cirurgia Bariátrica	2- Padrão nº POP CCGE II 002	3- Página 1 de 3
4- Responsável Médicos		

Siglas e Definições

Não se aplica

Materiais

Não se aplica

Tarefas

1. Objetivo

Tratar e prevenir a morbimortalidade causada pela obesidade.

2. Critérios de inclusão

Pacientes com IMC igual ou maior que 35 kg/m² com uma ou mais doenças associadas (infarto, angina, hipertensão arterial, diabete, trombose venosa, embolia pulmonar, apnéia do sono) ou pacientes com IMC igual ou maior que 40 kg/m² com ou sem doenças, que tenham feito tratamentos clínicos sem sucesso por um período de 2 anos a 5 anos; a idade varia de 18 a 65 anos, porém há maior indicação para adolescentes.

Critérios diagnósticos:

Exame clínico: sintomas e sinais dependem das doenças associadas e da insatisfação em não se conseguir emagrecer após vários tratamentos clínicos.

Exames complementares indispensáveis ao diagnóstico: hemograma completo; coagulograma; glicose; cortisol; insulina; triglicérides; colesterol total e fracionado; TSH; ferro sérico; ferritina; capacidade de ligação de ferro; ácido úrico; uréia; creatinina; fosfatase alcalina; bilirrubinas; transaminases; gamaGT; proteínas; urina rotina; eletrocardiograma; ecocardiograma; espirometria; endoscopia digestiva alta; ultra-sonografia abdominal.

Obs.: estes exames fazem parte de protocolo de uma equipe multidisciplinar formada pelas clínicas de Endocrinologia, Medicina Interna e Psiquiatria ou Psicologia.

Outros: depende da condição clínica do paciente.

3. Critérios de exclusão

Usuários de droga e de álcool; idade; depressão endógena; infecções; colagenoses; hemorragias do trato gastro intestinal; doenças cardiopulmonares severas; incapacidade de restrição alimentar.

4. Conduta pré-operatória

Exames pré-operatórios complementares: vários; dependem da história clínica e das doenças associadas do paciente.

Risco cirúrgico: consulta pré-anestésica e/ou avaliação cardiológica e/ou avaliação clínica.

Prescrição: em geral não se usa hemoderivados, apenas grampeadores lineares 75 mm ou 80 mm com 2 ou 3 cargas. A reserva no CTI é feita, embora seja raramente usada.

5. Orientações ao paciente

Jejum: 12 horas

Suspensão de medicamentos: segundo protocolo da Clínica de Anestesiologia.

Preparos especiais: anticoagulantes, segundo protocolo.

6. Admissão e permanência hospitalar

Admissão: no dia anterior ao procedimento; em situações especiais com 48 horas de antecedência.

Permanência: 4 dias.

7. Conduta per-operatória

Tonsura: se necessário, no centro cirúrgico.

Técnicas cirúrgicas:

1. Utiliza-se a técnica By-pass gástrico, a 10 centímetros da cárdia, com uso de grampeadores;
2. Confecciona-se um reservatório gástrico com capacidade de 30cc a 50cc, a 50 centímetros da flexura duodenojejunal;
3. Prepara-se uma alça em Y de Roux com alça aferente de 50 centímetros e eferente de 100 a 150 centímetros, que é anastomosada ao reservatório gástrico; envolve-se o reservatório com um anel de silicone (silástico) com diâmetro de 6,2 a 6,5 centímetros, criando-se um novo píloro. 4. Colecistectomia, se necessário.

Exames per-operatórios: raramente utilizados.

8. Conduta pós-operatória

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA (nº de colunas depende do tempo de Permanência Hospitalar Prevista)

Descrição	Pós-operatório imediato	1º dia	2º dia	3º dia
1. Evolução clínica (exame físico, prescrição e interconsultas)	Dados vitais, analgésicos, anticoagulantes e hidratação.	Idem.	Idem.	Idem.
2. Exames diagnósticos	Não se aplicam.			
3. Monitorização	Não se aplicam.			
4. Dieta	Jejum	Líquida	Líquida	Líquida
5. Atividades/restrições	Repouso no leito.	Deambulação; evitar ingestão de açúcar.	Idem.	Idem.
6. Notificações obrigatórias	Dor forte.	Idem.	Idem.	Idem.
7. Interconsultas médicas	Não se aplicam.			
8. Atividades de fisioterapia (motora e respiratória), fonoaudiologia e psicologia	Não se aplicam.			
9. Curativos/drenos	Não se aplicam.			

9. Instruções para alta hospitalar

Medicamentos: analgésicos, anticoagulantes aos 10 a 15 dias e inibidores da secreção gástrica aos 60 dias do procedimento.

Dieta: líquida e pastosa até 30º dia do pós-operatório.

Curativos: somente fita hipoalergênica, exceto em casos de drenagem de secreção pela ferida.

Exames de controle: no 30º dia pela clínica de Endocrinologia.

Atividades / restrições: deambulação; evitar atividades físicas por 30 dias.

Observações / notificações obrigatórias: evitar ingestão de açúcar e de alimentos sólidos nos primeiros 60 dias.

Retorno: 15 dias, 2 meses, 6 meses e 12 meses junto ao cirurgião; com demais membros da equipe, dependendo da evolução clínica e/ou psicológica.

Seguimento a longo prazo: até 24 meses.

Registros

Evolução médica

Referência bibliográfica

61ª autores et al. Nome do artigo. Obesity Surgery ano 1999

www.Obesity surgery.com

Garrido Jr, Arthur. Obesidade – Cirurgia ; ano 1999

Anexo 2 - Laudo Livre

**EVOLUÇÃO PSICOLOGIA
HOSPITALAR ONCOLOGIA**

Página: 1 de 1

Impr. Por: F0115288

Profissão: 06793357
Atendimento: 01323713Paciente: PRISCILA FANTINI VITIGAL PIRES
Idade: 31 Anos 5 Meses 1- Dias
Setor: CONSULTÓRIOS DE CLINICAS
Médico: SYLVAN CARLOS SYLVANO VALLE
CRM: 10253
Convênio: CRMUS SAUDS

Data Atendimento: 06/06/2014

Hora Atendimento: 09:16:43

Sexo: Feminino

Data Nascimento: 22/08/1982

Especialidade: PSYCOLOGIA
CID: 800***01323713***

Data: 06/05/2014

Hora: 10:50

 Pré - Q1 Interconsulta Demanda Espontânea

Informe da Psicologia: