

A INFLUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA VISÃO DOS CIRURGIÕES BARIÁTRICOS NA CIDADE DE CURITIBA

Camila de Quadros Campagnolo
Karime Beatriz
Láisa Michelle Prateado
Rafaela Guaita Di Lascio
Denise Cerqueira Leite Heller

Correspondência:
rafaeladilascio@bol.com.br

RESUMO

A obesidade atinge grande parte da população mundial, sendo que os obesos mórbidos são os mais atingidos por afecções. Para reverter esta situação muitos estão se submetendo à cirurgia bariátrica, e para isso é necessário que o indivíduo realize avaliação e acompanhamento da equipe multidisciplinar, da qual faz parte o psicólogo. Este desempenha um papel importante ao lidar com a preparação e aceitação do indivíduo para as mudanças de hábitos e estilo de vida, o que influenciará no resultado da cirurgia. Neste sentido, a preocupação central não é emagrecer o indivíduo, mas buscar a modificação dos comportamentos prejudiciais ao seu novo esquema corporal. Foram entrevistados 13 (treze) cirurgiões bariátricos de Curitiba, através de entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de verificar a opinião dos mesmos a respeito do acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório na cirurgia bariátrica. Apesar do acompanhamento psicológico, hoje tido como exigência para realização da cirurgia, e do discurso dos médicos afirmando que o acompanhamento psicológico é fundamental, percebe-se contradições na fala dos mesmos.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; acompanhamento psicológico; mudança de hábito

Introdução

O presente artigo é resultado da pesquisa realizada visando investigar a opinião dos cirurgiões gastroenterológicos, da cidade de Curitiba, a respeito do acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório na cirurgia bariátrica. Essa abrangeu o período de maio de 2003 a maio de 2004.

Devido ao grande número de cirurgias que estão sendo realizadas e ao crescimento do número de profissionais da área, fez-se necessária esta pesquisa, pois sabe-se que, passar por uma intervenção cirúrgica implica em uma série de riscos, sendo que, após a cirurgia bariátrica o paciente deverá mudar seus hábitos alimentares e adaptar-se a sua nova imagem.

Através desta pesquisa pode-se: levantar a incidência do acompanhamento psicológico durante a intervenção cirúrgica em questão; investigar a constituição da equipe multidisciplinar que atua no acompanhamento do paciente, observar os critérios que permitem o paciente de ser submetido à cirurgia.

Obesidade

“Ser gordo não é só uma questão estética, uma vaidade, ser gordo é uma doença. E para os gordos, emagrecer é uma ordem para viver. Dieta, ginástica, sacrifício, às vezes, não dá. Há um momento em que todos os métodos de emagrecimento falham, a gordura se instala no corpo de tal maneira que a obesidade passa a ser de alto risco, mortal, mórbida.”(VELANO, 2004)

O peso corpóreo e a distribuição de gordura são regulados por uma série de mecanismos neurológicos, metabólicos, hormonais e psicológicos. Quando há desequilíbrio nestes mecanismos ocorrendo o excesso da ingestão em relação ao gasto energético, origina-se um armazenamento da sobra de energia sob a forma de gordura, ou seja, o aumento do peso corpóreo. Portanto podemos definir a obesidade como um excesso do acúmulo de gordura no corpo.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde classifica a obesidade como epidemia, sendo essa “um mal por si mesma” (RUSSO, 1997, p.01), atingindo cerca de 1/3 da população ocidental.

De acordo com HALPERN e MANCINI (2002, p.IX) 40% da população adulta brasileira apresenta sobrepeso e obesidade, sendo que metade das pessoas que procuram qualquer especialidade médica possui excesso de peso. A maioria dos médicos não sabem orientar estes pacientes, taxando-os de indivíduos com “caráter fraco, auto-indulgentes, sem força de vontade”(p.X).

A obesidade é ocasionada por diversos fatores, e predispõe o indivíduo a várias comorbidades, que pioram sua qualidade de vida, e a diminuem, como hipertensão arterial, doenças coronarianas que podem levar ao infarto, insuficiência cardíaca, diabetes, apnéia do sono, hiperlipidemia, esteatose hepática, cálculos de vesícula, doenças articulares, doenças vasculares, câncer no intestino, próstata, mama, endométrio e ovários, alterações na menstruação, incontinência urinária, infertilidade, impotência, depressão, além de problemas sociais, sexuais, entre outros, afirma VILAS-BÔAS (2003).

SUPLICY in HALPERN e MANCINI (2002, p.08) acredita que a sociedade encara o obeso com desprezo e hostilidade gerando pressão psicológica importante, que o leva a sofrer de “perturbações típicas da obesidade, como os transtornos de imagem corporal.” Considerando-se deformados, grotescos e repugnantes, auto-rejeitando-se. Segundo o autor, o mundo moderno induz as pessoas a comer muito e depois as pune por isso.

Considera-se obesidade mórbida quando o peso excede 45 kg do peso ideal ou quando o índice de massa corporal é maior que 40kg/m². SOBRINHO (2003) comenta que esta já é considerada crônica pela medicina, sendo que apenas 10% dos obesos mórbidos conseguem emagrecer somente com regimes alimentares ou com Terapia Comportamental, e estas tentativas mal sucedidas ainda provocam problemas físicos e psíquicos, sendo assim a cirurgia bariátrica a melhor forma de emagrecer e um grande passo para a resolução desses problemas.

Cirurgia Bariátrica

GARRIDO JUNIOR citado por MOHERDAUÍ (2003, p.105) diz que “não tem cabimento submeter-se às conseqüências de uma mudança tão grande por razões puramente estéticas. As cirurgias não têm por objetivo trazer felicidade, e sim tratar doenças”. ARASAKI também citado por MOHERADAUÍ (2003, p.105) afirma que, “só vale a pena operar obesos mórbidos porque eles correm risco ainda se continuarem como estão”.

Na década de 50 surgiu um novo método cirúrgico, para combater a obesidade, no qual consistia em reduzir o tamanho do intestino delgado de metros para centímetros de extensão, assim o alimento não eram adequadamente digeridos, levando a diarreia e má absorção. Apesar do paciente ter grande perda de peso, esse método com o tempo, gerava graves complicações e altas taxas de mortalidade, sendo assim abandonado.

Nos anos 80, foi implantada uma cirurgia na qual restringia a ingestão alimentar, pois a diminuição do volume do estômago de 2 litros para 20 ml proporcionava ao indivíduo sensação de saciedade. Apesar da perda de peso dos pacientes foi observado que após um período, os pacientes voltavam a ganhar peso, pois ingeriam alimentos líquidos e pastosos ricos em calorias.

Baseando-se no mesmo princípio restritivo estão as bandas, ou próteses de silicone, inicialmente colocadas por cirurgia aberta e ultimamente por laparoscopia. Estas bandas

“estrangulam” a parte superior do estômago formando um estômago em “ampulheta” dificultando o esvaziamento do compartimento superior para o inferior, levando da mesma forma acima citada à saciedade precoce, e como aquela, promove perda ponderal semelhante (20 a 25%) e novo ganho de peso a partir do segundo ano. Deve, portanto ter sua indicação bem precisa, já que para os grandes obesos e comedores de doce traz maus resultados. Outras desvantagens são o alto custo e a durabilidade da prótese de aproximadamente 15 anos.

No final dos anos 80 e início dos anos 90, começou-se a utilizar uma técnica, que unia dois tipos de cirurgias abandonadas. Esta técnica utiliza-se da restrição da ingestão alimentar e de uma leve má absorção, ou seja, a redução do estômago e a diminuição de 1 metro de intestino. Esta cirurgia foi desenvolvida pelo cirurgião colombiano Capella, que segundo GRIFFEN citado por RUSSO (1997, p.13) baseou-se na observação de que pacientes com doença ulcerosa péptica submetidos a uma ressecção gástrica, de 75 a 80%, costumavam ter dificuldade em manter o peso. Com esta técnica a perda ponderal média após um ano chega a 40% do peso pré-operatório e mantém-se assim com o passar dos anos. Esta atualmente é a técnica mais usada em todo mundo, inclusive no Brasil.

MOHERDAUÍ (2003, p.104) afirma que as técnicas de cirurgia bariátrica chegaram ao Brasil aproximadamente a uma década atrás, sendo difundida nos últimos anos. GARRIDO JUNIOR citado por MOHERDAUÍ (2003, p.105) calcula que já foram realizadas em torno de 12 000 cirurgias no Brasil e acrescenta que o número de 140 cirurgiões especializados saltou para 5 000 em 2 anos. As cirurgias têm o custo de R\$15 000 à R\$35 000, sendo por seguros particulares e também pela rede pública. No Brasil há uma ocorrência de morte a cada 200 casos e 5 ocorrências de complicação a cada 100, sendo a obstrução do intestino a mais comum.

Avaliação e Acompanhamento Psicológico

De acordo com FERREIRA (2003) é elevada a ocorrência de transtornos emocionais em pessoas com problemas graves de obesidade, sendo a depressão o mais freqüente. “Sabemos que os fatores psicológicos podem influenciar de forma negativa no resultado dos tratamentos para redução de peso. Por isso, eles precisam ser diagnosticados e acompanhados com seriedade.” (ZANELLA citado por FERREIRA, 2003)

Para SEGAL in GARRIDO JUNIOR (2002, p.287) a maior parte da população obesa não apresenta problemas psicopatológicos significativos; enquanto que FRANQUES in GARRIDO JUNIOR (2002, p.79) acredita que há alta prevalência de conflitos psicológicos em indivíduos obesos, “a cirurgia produz mudanças ou alterações importantes na sua vida como um todo”, porém “a dificuldade em lidar com as emoções permanece e se não for tratada adequadamente a tendência é que outras ‘saídas’ sejam encontradas” (p.76).

LEVY (2003) afirma que é muito importante que o paciente que será submetido à cirurgia bariátrica passe por uma avaliação psicológica, não para aprovar ou desaprovar a execução desta, mas para poder detectar algum tipo de psicopatologia como bulimia, ou até casos em que a pessoa não possua condições para entender o procedimento o qual será submetida, pois isto é muito importante para a realização dos cuidados pós-operatórios. MARCHESINI (2003) completa dizendo que “a operação precipita uma série de transformações que afetam as relações do indivíduo consigo próprio e com os outros”. Na avaliação pré-operatória, MATTOS et al in NEME e RODRIGUES (2003, p.301) acreditam que é fundamental verificar o modo que o paciente se relaciona com a comida. Para eles, “o comportamento alimentar dos indivíduos com obesidade atua em função dos estímulos externos e não em função das necessidades internas” (p.294). Porém o meio externo não é suficientemente complexo para determinar o comportamento alimentar, tornando-se evidente a influência do estado interno. Indicando o tratamento multidisciplinar, onde os psicólogos auxiliam o indivíduo a modificar seu comportamento e apoiam as possíveis descompensações emocionais, nutricionais limitações e controle dietéticos e cirurgia gástrica.(p.289)

SEGAL in HALPERN e MANCINI (2002, p. 123) acredita que “a modificação do comportamento é o aspecto inicial de qualquer mudança de estilo de vida.” Para FRANQUES in GARRIDO JUNIOR (2002, p.78) mudanças implicam em nova aprendizagem social, podendo gerar ansiedade e angústia. Para o autor (p.77) o pré-operatório dedica-se a preparação, orientação, informação a respeito da cirurgia e apoio. É o período em que os obesos vêm a cirurgia como ‘tábua de salvação’ de seus problemas.

Já no pós-operatório a Psicologia pode influenciar na aceitação do novo modo de vida que sofrerá alterações, relata LEVY (2003), pois o ex-obeso terá que perceber que haverá limitações em suas ingestões e, por outro lado não terá limitações físicas tidas anteriormente.

Para FRANQUES in GARRIDO JUNIOR (2002, p. 78) o pós-operatório dividi-se em 3 (três) etapas. Na primeira ocorre adaptação aos novos hábitos e questionamento em relação à cirurgia. Logo após, por volta do 3º mês depois da cirurgia ocorre à chamada ‘lua-de-mel’ com a operação. A terceira fase se dá após 6º a 8º meses da realização da cirurgia, onde é instalada uma nova imagem corporal e ocorrem repercussões na personalidade do indivíduo, que levam a acreditar que não necessitam mais de psicólogos. “Algumas dificuldades emocionais que estavam encobertas pela ‘capa de gordura’ tendem a surgir”, conflitos básicos emergem e, caso não sejam tratados podem fazer com que o paciente boicote o emagrecimento.

Método

Participantes

Treze médicos gastroenterológicos que realizam cirurgia bariátrica, na cidade de Curitiba.

Local

Consultórios dos cirurgiões.

Materiais

Entrevistas semi-estruturadas contendo 6 (seis) perguntas abertas a respeito do acompanhamento psicológico na cirurgia de redução de estômago.

Procedimento

Os participantes foram contatados e instruídos a respeito da pesquisa, aceitando participar da mesma, e sendo assegurados do seu anonimato.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas visando investigar a respeito da realização do acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório.

As entrevistas foram elaboradas e realizadas pelas acadêmicas, gravadas em fitas cassetes comuns, com a devida autorização escrita dos entrevistados e, posteriormente transcritas na íntegra, possibilitando a análise dos dados. Esta foi realizada em duas fases. Na primeira as entrevistas foram analisadas individualmente, uma a uma. Na segunda fase, analisou-se os conteúdos em comum de todas as entrevistas, categorizando as respostas obtidas.

Resultados

Entrevistou-se 13 (treze) Cirurgiões Bariátricos entrevistados sendo que apenas um, o P4 (7,69%), não considera o trabalho do psicólogo como fundamental. Para ele, este é dispensável, indicado apenas em casos especiais ou na presença de distúrbios relacionados à alimentação, já que “o médico possuindo uma formação humanista tem capacidade de realizar uma abordagem psicológica”(S.I.C.).

Os demais entrevistados [92,31% (n=12)] enfatizam a necessidade do acompanhamento psicológico por pacientes que foram ou serão submetidos à intervenção cirúrgica de redução de estômago. P1 e P2 [15,38% (n=2)] concordam ao dizer que o acompanhamento psicológico prolongado facilita a adaptação a seu novo esquema corporal, às alterações de auto-estima e no campo relacional, mudanças estas que podem gerar conflitos e levar a inúmeras complicações. O P12 [7,69% (n=1)] complementa: “Prefiro perder o paciente antes de operar a perder o paciente operado.” (S.I.C.)

Apesar de afirmarem que o acompanhamento psicológico auxilia a adesão ao tratamento nutricional prescrito, dois dos entrevistados, P3 e P7 (15,38%) relatam não se preocupar com esta parte.

TABELA 1- OPINIÃO DOS CIRURGIÕES BARIÁTRICOS DA CIDADE DE CURITIBA EM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA CIRURGIA DE REDUÇÃO DE ESTÔMAGO- 2003-2004

PARTICIPANTES	OPINIÕES		
	FUNDAMENTAL	DISPENSÁVEL	NÃO ACOMPANHA
1	X		
2	X		
3	X		X
4		X	
5	X		
6	X		
7	X		X
8	X		
9	X		
10	X		
11	X		
12	X		
13	X		
TOTAL	12	1	2

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA:Entrevistas realizadas em anexo.

Para garantir sucesso na realização da intervenção cirúrgica 92,31%(n=12) dos cirurgiões contam com avaliações, exames e acompanhamento de sua equipe multidisciplinar (Nutricionista, Endocrinologista, Psicólogo, Pneumologista, Cardiologista, entre outros). O P7 [7,69% (n=1)] ocupa-se apenas com a execução da cirurgia, pois seus pacientes vêm encaminhados pelo plano de saúde para realizar a mesma. Já o P9 [7,69% (n=1)] afirma ser importante um hospital bem equipado e a não associação da cirurgia bariátrica com outras. Dois cirurgiões entrevistados, P12 e P 13 (15,38%), relatam que os convênios médicos exigem o parecer da equipe multidisciplinar pra liberar a cirurgia. (Protocolo em anexo)

TABELA 2- PRESENÇA DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ALIADA AOS CIRURGIÕES BARIÁTRICOS DA CIDADE DE CURITIBA NA CIRURGIA REDUÇÃO DE ESTÔMAGO-2003-2004

PARTICIPANTES	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	
	POSSUEM	NÃO POSSUEM
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7		X
8	X	
9	X	
10	X	
11	X	
12	X	
13	X	
TOTAL	12	1

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA:Entrevistas realizadas em anexo.

Três entrevistados, P1, P3 e P7 (23,08%) afirmam que nenhuns de seus pacientes, que antes da cirurgia passaram por triagem psicológica, tiveram problemas; ao mesmo tempo em que outros seis entrevistados, P2, P5, P8, P9, P11 e P13 (46,15%) relatam que diversos pacientes tiveram graves problemas causados por alimentação inadequada. Esta, para P2 [7,69% (n=1)] é considerada a principal geradora de complicações na cirurgia, podendo resultar em morte. Para o P6 [7,69% (n=1)] as complicações mais comuns são inerentes ao comportamento psicológico, sendo o risco de morte de 5% (S.I.C.). Ele relata que apenas um paciente seu teve problemas por teimosia. Outro entrevistado, o P10 [7,69%(n=1)] também afirma ter tido apenas um caso de paciente com complicações de cunho psicológico, um homem, que segundo o cirurgião, homens não gostam de Psicologia.

O P4 [7,69% (n=1)] acredita que, se o paciente for bem orientado não terá problemas e, caso ocorram não serão de cunho psicológico. Já o P12 [7,69% (n=1)] limita-se a dizer que existem profissionais e profissionais.

TABELA 3- CIRURGIÕES QUE TIVERAM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA NA CIDADE DE CURITIBA COM COMPLICAÇÕES DE CUNHO PSICOLÓGICO APÓS PASSAREM POR TRIAGEM PSICOLÓGICA-2003-2004

PARTICIPANTES	PROBLEMAS DE CUNHO PSICOLÓGICO			
	MUITOS	APENAS UM	NENHUM	NÃO RESPONDEU
1			X	
2	X			
3			X	
4				X
5	X			
6		X		
7			X	
8	X			
9	X			
10		X		
11	X			
12				X
13	X			
TOTAL	6	2	3	2

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA: Entrevistas realizadas em anexo.

O protocolo seguido pelos cirurgiões entrevistados para indicar a seus pacientes dieta ou intervenção cirúrgica baseia-se principalmente no I.M.C (Índice de Massa Corpórea) que deve ser maior ou igual a 40 Kg/m². Oito cirurgiões, P2, P6, P8, P9, P10, P11, P12 e P13 (61,54%) também indicam a cirurgia a pacientes com I.M.C. entre 35 e 40 Kg/m² e com doenças derivadas da obesidade. Também leva-se em conta tratamentos anteriormente fracassados {P2, P6 e P11 [23,08% (n=3)]}, avaliação da equipe multidisciplinar {P12 [7,69%](n=1)} e conversa médico-paciente {P4 [7,69%(n=1)]}.

Dois entrevistados, P3 e P6 [15,38% (N=2)] afirmam indicar a cirurgia como forma de tratamento de doença e não para melhorar a estética, o P11 acrescenta que os critérios do protocolo são definidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. (Protocolo em anexo)

TABELA 4- PROTOCOLO SEGUIDO PELOS CIRURGIÕES BARIÁTRICOS DE CURITIBA PARA DETERMINAR A EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO 2003-2004

PARTICIPANTES	PROTOCOLOS UTILIZADOS				
	IMC ≥ 40	IMC 35>40 MAIS DOENÇAS ASSOCIADAS	FRACASSOS ANTERIORES	AVALIAÇÃO DA EQUIPE	CONVERSA MÉDICO-PACIENTE
1	X				
2	X	X	X		
3	X				
4	X				X

5	X				
6	X	X		X	
7	X				
8	X	X			
9	X	X			
10	X	X			
11	X	X		X	
12	X	X			X
13	X	X			
TOTAL	13	8		3	1

FONTE: Pesquisa de campo

NOTA:Entrevistas realizadas em anexo.

Discussão

Com a crescente propagação do número de cirurgiões bariátricos que realizam as técnicas redutoras surgiu a necessidade de se investigar se os indivíduos que se submetem a essas intervenções cirúrgicas estão psicologicamente preparados para as decorrentes mudanças e qual a opinião dos médicos sobre o acompanhamento psicológico no pré e pós operatório desses paciente.

A obesidade pode ser ocasionada por inúmeros fatores (genéticos, metabólicos, hormonais, comportamentais, culturais, sociais e psicológicos). Esta é considerada mórbida quando o peso corporal excede 45 Kg do peso ideal ou quando o Índice de Massa Corpórea (I.M.C. =Peso/Atura²) é maior que 40 Kg/m². SOBRINHO(2003) afirma que somente 10% dos indivíduos com obesidade mórbida conseguem emagrecer apenas com regimes alimentares ou com Terapia Comportamental.

SILVA, citado por PEREIRA e HELLER (2003, p.01) afirma que a Terapia Comportamental trabalha com autocontrole e mudança de hábito alimentar observando o significado do comer, condições emocionais envolvidas, história de vida e suas relações com o comer excessivo, o que cria possibilidades para que o indivíduo modifique suas contingências ambientais que influenciam este comportamento. Para SEGAL in HALPERN e MANCINI (2002, p. 123) a Psicoterapia Cognitivo Comportamental é considerada um dos aspectos centrais no tratamento da obesidade, presente na maioria dos programas para perder peso. Esta abordagem acredita que o comportamento é aprendido e pode ser modificado; ingestão alimentar moderada aliada a atividade física alteram o peso e que é necessário alterar o ambiente que influenciará o comportamento alimentar a ser modificado. Para o autor (p.124), a inserção da Psicoterapia Cognitivo Comportamental num tratamento multidisciplinar o torna mais eficiente.

FERSTER, NURENBERG e LEVITT citados por HELLER e KERBAUY (2000, p. 32) afirmam que o comportamento alimentar é aprendido, e que no caso de pacientes com comer excessivo devem passar por reeducação alimentar através de técnicas de autocontrole.

FISBERG citado por GUIMARÃES e HELLER (2003, p.13) acredita que para a sociedade, bebês devem ser gordos, assim lhe oferecem alimentos de forma indiscriminada a qualquer manifestação do bebê. Com isso, a criança começa a associar o alimento a frustração ou desconforto alimentar. Essa associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que a pessoa não sabe se come muito ou pouco.

SCHACHTER e GROSS citados por HELLER e KERBAUY (2000, p.33) afirmam que obesos não tem mais fome que outros indivíduos, porém são mais suscetíveis a estímulos externos.

Segundo CONTRERAS (2004, p.71) estudiosos do mundo inteiro acreditam que o açúcar seja responsável pelo acúmulo de peso. O açúcar alimenta a fome de carinho e conforto (p.72-73). MARCHIORI citada por CONTRERAS (2004, p.71) explica que isso ocorre porque “o triptofano, matéria prima da serotonina (neurotransmissor responsável pelo bem-estar), atinge o sistema nervoso central com mais facilidade em companhia da glicose.”

Com a cirurgia de redução de estômago, o ex-obeso depara-se com a impossibilidade de comer como antes. Se o seu peso foi alterado e as contingências em relação ao comer continuarem as mesmas, certamente o individuo terá problemas, podendo até resultar em morte.

Daí a importância de uma avaliação psicológica para identificação de transtornos alimentares, padrão alimentar compulsivo e a verdadeira relação do indivíduo com a comida.

Conclusão

Durante a pesquisa, os cirurgiões bariátricos afirmaram considerar o trabalho do psicólogo importante e de grande ajuda no resultado final da intervenção, sendo que o parecer psicológico ou psiquiátrico é necessário à realização da mesma, segundo critérios da Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Porém observa-se contradições entre o que é relatado pelos gastroenterólogos e informações alheia a pesquisa, onde em 3 (três) sessões com o psicólogo os paciente recebem um laudo e o acompanhamento pós-operatório não é realizado.

Pôde-se notar também que existe um protocolo médico definido pela Associação Brasileira de Cirurgia Bariátrica para realização da operação, entretanto não há um protocolo psicológico padrão. Assim sugere-se mais pesquisas a esse respeito para a elaboração deste protocolo.

Referências

CONTRERAS, E. Açúcar, controle essa fera. **Revista Boa Forma**, São Paulo, v.203, n.5, p.70-73, maio 2004.

FERREIRA, T. **Transtornos emocionais são inimigos na luta contra a obesidade**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed157/pesq7.htm>> Acesso em: 05 jun. 2003.

GARRIDO JUNIOR, A.B. (org) **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GUIMARÃES, A. de P. e HELLER, D.C.L. **Obesidade-Na Teoria Comportamental**. Curitiba, 2003. 20 f., Artigo de Graduação (Formação de Psicólogo)- Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná.

HALPERN, A.e MANCINI, M.C. (org) **Manual de Obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002.

HELLER, D.C.L. e KERBAUY, R.R. Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimento com uma população de baixa escolaridade. **Revista Brasileira de Terapias Comportamental e Cognitiva**, Curitiba, v 2, n°1, p.31-52, 2000.

LEVY, A. **Rumo ao manequim P**. Disponível em: <<http://www.feminissima.com.br>> Acesso em: 05 jun. 2003.

MARCHESINI, S. D. **Aspectos psicológicos da obesidade**. Disponível em: <<http://www.gastronet.com.br/newpage11.htm>> Acesso em: 05 jun. 2003.

MOHERDAUÍ, B. Comer bem nunca mais. **Revista Veja**, São Paulo, v.36, n.15, p.104-106, 16 abr. 2003.

NEME, C.M.B.e RODRIGUES, O.M.P.R. (org) **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Paulo: RiMa, 2003.

PEREIRA, A.G. e HELLER, D.C.L. **A Terapia Comportamental no Combate à Obesidade**. Curitiba, 2003. 19 f., Artigo de Graduação (Formação de Psicólogo)- Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná.

RUSSO, F. **Qualidade de vida em pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia de redução da câmara gástrica**. São Paulo, 1997. 58 f. Monografia (Pós- graduação) – Setor de

Divisão de Psicologia do Instituto central do Hospital das Clínicas-FMUSP, Universidade de São Paulo .

SOBRINHO, S. **Obesidade Mórbida**. Disponível em:

<http://www.internext.com.br/videocirurgia/obesidade_morbida.htm>. Acesso em: 05 jun.2003.

VELANO, A. **Obesidade mórbida reúne equipe multidisciplinar**. Disponível em:

<<http://www.huav.com.br/jornal/obesidade.htm>> Acesso em :14 maio 2004.

VILAS-BÔAS, M. L. **Obesidade Mórbida**. Disponível em:

<<http://www.obesidademorbida.com.br.htm>> Acesso em: 05 jun.2003.