

Wilson Vieira Melo ¹
Claudilene Bergmann ²
Carmem Beatriz Neufeld ³
Paulo P. P. Machado ⁴
Eva Conceição ⁴

A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade

Cognitive behavioral therapy and bariatric surgery as treatments for obesity

RESUMO

Apesar de ser um método invasivo, a cirurgia bariátrica tem sido utilizada como uma das principais estratégias de auxílio às pessoas que precisam emagrecer grandes volumes de peso. A terapia cognitivo-comportamental é um importante recurso que pode ser útil no acompanhamento pré e pós-cirúrgico. Este estudo teve o objetivo de revisar a literatura acerca da cirurgia bariátrica e da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para a obesidade. Assim, efetuou-se análise teórica, por intermédio de revisão assistemática junto às bases de dados Scielo, Pepsic e PubMed. No Brasil, atualmente, a maior parte da população está com sobrepeso, sendo esse um indicador para o desenvolvimento da obesidade em caso de manutenção dos hábitos alimentares. Junto à obesidade, transtornos emocionais e comportamentais vêm surgindo, como depressão, ansiedade e inabilidade social. O papel da TCC é atuar como tratamento adjuvante à cirurgia bariátrica para a obesidade. Ela proporciona um atendimento humanizado, aumentando a autoconfiança e a qualidade de vida.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, obesidade, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Despite being an invasive method, bariatric surgery has been used as a major strategy of aid to people who need large volumes of lose weight. Cognitive behavioral therapy is an important feature that can be useful in pre and post-surgical. This study aimed to review the literature on this the bariatric surgery and cognitive behavioral therapy of obesity. Thus, we performed theoretical analysis through an unsystematic review along the Scielo, Pepsic and PubMed. In Brazil, currently, most of the population is overweight, which is an indicator for the development of obesity in case of feeding habits. Along with obesity, emotional and behavioral disorders are emerging such as depression, anxiety and social disability. The role of cognitive-behavioral therapy is to act as an adjuvant to bariatric surgery for obesity treatment. It provides a humanized care, increases self-confidence and quality of life.

Keywords: bariatric surgery, cognitive-behavioral therapy, obesity.

¹ Doutor em Psicologia, Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul, Brasil.

² Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Instituto WP, Brasil.

³ Doutora em Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴ Doutor(a) em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

Correspondência:

Wilson Vieira Melo.

Instituição: Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul.

Av. Iguazu, nº 525/603, Bairro Petrópolis.

Porto Alegre - RS, Brasil.

CEP: 90470-430.

E-mail: wilsonmelo1@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 01 de outubro de 2014. cod. 2014-08.

Artigo aceito em 23 de Março de 2016.

10.5935/1808-5687.20140014

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica, além de diminuir as comorbidades, torna-se uma forma eficaz de evitar a mortalidade de indivíduos obesos. Importa frisar que obesa é a mulher que tem gordura corporal acima de 30%, e obeso, o homem com gordura corporal em índice superior a 25% (Brilmann, Oliveira, & Thiers, 2007; Duchesne et al., 2007; Martins, 2010).

Para a realização da cirurgia bariátrica, o obeso precisa estar em uma faixa de morbidade, ou seja, ter índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m². Todavia, a gastroplastia não é a solução para todos os males. Distúrbios comportamentais até então atribuídos à obesidade podem ser aventados como tendo outra origem emocional. O acompanhamento pré e pós-cirurgia é de suma importância, tendo a TCC papel fundamental nesse momento (Luz & Oliveira, 2013). Por intermédio das técnicas da TCC, reforço e trabalho com os dogmas do paciente, promove-se um tratamento mais eficiente, com significativa melhora na autoestima, maior socialização, segurança na mudança corporal e melhor estado de humor, sendo importante prestar cuidados ao paciente desde a sua decisão até a completa reabilitação.

MÉTODO

Foi realizada busca nas bases de dados Scielo, Pepsic e PubMed, bem como em bibliotecas de universidades. Foram utilizados especialmente os seguintes descritores: obesidade, cirurgia bariátrica e terapia cognitivo-comportamental. A base referencial foram obras publicadas nos idiomas português e inglês, datadas entre 2002 e 2014. O material estudado foi o embasamento para uma revisão bibliográfica não sistemática acerca da TCC no tratamento da obesidade, mais precisamente nos casos para os quais a cirurgia bariátrica é prescrita.

OBESIDADE

A comunidade científica vem indicando sua preocupação com a obesidade, sob diversos questionamentos, incluindo governos e entidades (Luz & Oliveira, 2013). A influência na qualidade de vida é um dos fatores de maior relevância no que se refere à obesidade. Sua evolução gradual demonstra a importância de estudar o desenvolvimento de ações reativas e preventivas.

O aumento na incidência de casos de obesidade é observado em países de diferentes economias (desenvolvidos e em desenvolvimento). Sua origem se dá na mudança do padrão alimentar ante os novos paradigmas da sociedade moderna (Martins, 2010; Nunes, 2013). Verifica-se haver um aumento na ingestão de alimentos com características não naturais, preponderantemente açúcares e gorduras. De igual forma, a vida moderna impõe ao indivíduo uma maior carga de trabalho e responsabilidades. Todavia, a vida moderna é somente um dos fatores que contribui para a obesidade. O consumo alimentar e

a diminuição de atividades físicas são outras causas originárias (Martins, 2010; Nunes, 2013). Igualmente, estresse, ansiedade, depressão e fatores hereditários contribuem para a obesidade. São aspectos psicossocio-ambientais que, juntamente a questões genéticas e hormonais, são os principais fatores para o aumento da obesidade.

O ritmo social empreende ao indivíduo uma forma de viver não saudável, mas, ao mesmo tempo, impõe a ele um padrão de beleza que não é necessariamente de saúde. Há uma imposição estética que faz com que o obeso, além da preocupação com a saúde, tenha baixa autoestima, com reiterados pensamentos negativos, posto que, segundo os ditames sociais, somente seria feliz se fosse magro (Luz & Oliveira, 2013).

Em vez de perda de peso, pensamentos como esses, aliados a frustrações, podem desencadear aumento no peso, bem como problemas físicos, sociais e psicológicos (Martins, 2010; Nunes, 2013). Tais fatores podem ocasionar transtornos alimentares, como bulimia nervosa, anorexia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (TCA) (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A obesidade não é exclusividade de uma fatia da população. Ela está arraigada em todas as classes sociais e em indivíduos de todas as idades. É importante destacar que a morte prematura (associada a diabetes e hipertensão arterial) é a principal consequência da obesidade. Além disso, depressão e ansiedade são tanto consequências quanto causas da obesidade, fazendo parte do comportamento alimentar e influenciando diretamente nos fatores sociais e clínicos do obeso, potencializando-os (Martins, 2010; Nunes, 2013).

DEFINIÇÃO

Etimologicamente, obesidade é o aumento da gordura corporal (*obesus + edere* = muito + comer). Trata-se do acúmulo da gordura corporal, ou seja, do tecido adiposo no organismo (França, Biaggini, Mudesto, & Alves, 2012; Martins, 2010; Nunes, 2013). A heterogeneidade é uma das características da obesidade, que tem como causas desde a genética do indivíduo até fatores socioeconômicos, endócrinos, psiquiátricos, entre outros. Na minoria dos casos, a obesidade é originária de problemas genéticos (Nunes, 2013).

Entretanto, há quem julgue ser arbitrária qualquer definição de obesidade. Pelo fato de ser heterogênea, há diversas definições para ela, posto que sua base se dá por meio de cálculos, tabelas e estudos diversos. Assim, não há um contexto simples, mas o aprofundamento de diversos aspectos quali-quantitativos para a análise da obesidade como um todo. Há consenso, no entanto, quanto ao prejuízo que causa ao organismo (França et al., 2012; Martins, 2010).

É importante destacar que a qualidade de vida, bem como os fatores de risco e as doenças relacionadas à obesidade, vêm sendo trabalhadas e estudadas com afinco no Brasil. O crescimento nos índices é um dos motivos para

o enfoque nessa área. Atualmente, 55% da população está com o peso acima do normal (do sobrepeso à obesidade). Destaca-se que, em sua maioria, os obesos estão na faixa econômica da classe média, ou seja, nas classes de renda intermediária (França et al., 2012). Em uma ótica mundial, desde a década de 1980 houve um aumento significativo na obesidade. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), referidos pelas *World Health Statistics* (Nações Unidas do Brasil [ONUBR], 2012), o número de obesos no mundo dobrou (França et al., 2012).

A obesidade, portanto, vem sendo uma grande preocupação, começando a ser vista como epidemia, originando políticas públicas para o seu tratamento. Destaca-se, também, que incentivos para o combate da obesidade têm como objetivo diminuir a incidência de doenças diretamente relacionadas ao aumento de peso, como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, quadros psicopatológicos, entre outros. Para que isso ocorra, deve haver uma mudança significativa em seu estilo de vida, pois os fatores genéticos, metabólicos e morfológicos são muito fortes na manutenção da obesidade (Martins, 2010).

A mudança no estilo de vida e um tratamento adequado são alguns dos mecanismos para que a obesidade seja controlada, bem como para que o indivíduo perca peso (Luz & Oliveira, 2013). Todavia, em virtude dos fatores já citados, por vezes, para haver sucesso em um tratamento contra a obesidade, aliada a reeducação alimentar, atividade física, terapia psicológica e medicamentosa, é necessária a cirurgia bariátrica. Em casos de obesidade mórbida e quando há um histórico de obesidade na infância e obesidade familiar, tem-se, na cirurgia, uma forma de melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Infelizmente, ser magro não é somente estar magro, mas pensar magro. É diretamente no pensamento do obeso, na forma como ele se refere a si próprio e no seu posicionamento no mundo que a TCC pode atuar efetivamente.

CLASSIFICAÇÃO

São diversas as formas de classificação da obesidade, sendo a mais simples por intermédio do peso. Todavia, em virtude do peso da musculatura, nem sempre uma pessoa com o peso elevado tem um índice de gordura corporal também elevado (França et al., 2012; Martins, 2010). A forma mais utilizada para a medição da gordura corporal é o IMC. Entretanto, atletas podem ter baixo índice de gordura, mas elevado peso devido a sua massa muscular e, portanto, o peso da musculatura em si deve ser desconsiderado (Martins, 2010).

Para o diagnóstico da obesidade, são utilizados métodos quantitativos e qualitativos. O cálculo do IMC é um método quantitativo (Rezende, 2011). Apesar do IMC ser calculado da mesma forma para ambos os sexos, há pontos de avaliação diferentes, diferenciando-se também em virtude da população e de etnias.

A OMS (ONUBR, 2012) utiliza o método IMC para avaliar a obesidade, relacionando o peso com a altura, sendo considerado obeso o indivíduo com IMC igual ou maior que 30 kg/m². Se o IMC for maior que 40 kg/m², classifica-se a obesidade como grave ou mórbida, grau III. Nesse caso, a obesidade passa a ter um caráter de morbidade que se reflete na concomitância de outras patologias, bem como na diminuição da expectativa de vida do indivíduo (França et al., 2012; Martins, 2010; ONUBR, 2012).

O IMC é o método mais utilizado para indicar obesidade, principalmente em virtude da fácil aplicação, de não ter custos, de sua rapidez e aceitação. Todavia, ele não distingue a gordura da massa muscular. Assim, é um mecanismo falho. Dessa forma, são necessários outros fatores para determinar a obesidade; um deles é gordura intra-abdominal, ou central, que se associa às doenças cardiovasculares e crônicas (Brilmann et al., 2007; ONUBR, 2012).

Quanto à classificação da obesidade, há duas formas de abordá-la quanto à origem: exógena e endógena. Obesidade exógena é aquela que foi originada por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o gasto de calorias. Já a obesidade endógena é originada de uma doença (Rezende, 2011).

Outro fator relevante acerca da obesidade é seu início. Pessoas obesas desde a infância terão dificuldades para emagrecer, podendo manter a obesidade durante toda a vida. Passar a infância e a adolescência obeso também é um fator agravante da obesidade (Martins, 2010).

No tocante à fisiopatologia, a obesidade é classificada em hiperfágica ou metabólica. Esses fatores são preponderantes para o sucesso do tratamento, precisando ser devidamente avaliados, pois muitos pacientes que procuram tratamento de emagrecimento não têm excessiva ingestão calórica. Assim, um tratamento com base em somente reduzir a ingestão não seria eficiente. Sendo assim, o tratamento será diferente do indicado para aquele obeso com grave ingestão calórica (Martins, 2010).

A obesidade também pode ser classificada quanto à etiologia, sendo: neuroendócrina, desequilíbrio nutricional, iatrogênica, por inatividade física e genética. A ocorrência de um ou mais desses fatores varia para cada indivíduo, ou seja, cada componente ambiental e genético deve ser diferentemente valorado (Brilmann et al., 2007; ONUBR, 2012).

Em relação aos traços psiquiátricos da obesidade, convém frisar que a terapia medicamentosa facilita o tratamento. Todavia, há medicamentos que podem aumentar o peso, dificultando o tratamento da obesidade. Ou seja, obesos com transtorno psicológico que fazem uso de medicamento podem ter o tratamento para a perda de peso prejudicado. Muitos dos medicamentos utilizados em tratamentos psiquiátricos facilitam o ganho de peso, o que pode anular qualquer tratamento contra a obesidade (França et al., 2012; Martins, 2010).

CAUSAS

A obesidade não tem uma causa única (genética, ambiental, socioeconômica, endócrina, metabólica e

psiquiátrica) (Luz & Oliveira, 2013). Trata-se de doença heterogênea, cuja especificidade se dá em casos particulares, como em determinados defeitos genéticos. O peso é o resultado do equilíbrio mantido entre a energia ingerida e a gasta. Esse equilíbrio é influenciado por mecanismos diversos. Sob a ótica fisiopatológica, a obesidade tem como causa um desequilíbrio energético (hiperfagia e/ou calorificênese diminuída).

A coexistência de vários casos de obesos em uma família é evidência da importância dos fatores genéticos. Estudos estimam que de 50 a 80% dos filhos de obesos também o serão. O fator genético, aliado aos costumes familiares, ao comportamento alimentar e à ingesta calórica, tem ação favorável ao ganho excessivo de peso (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011).

Os fatores comportamentais têm igual importância quando aliados a ingestão e gasto energéticos associados à obesidade. Atentando a fatores como ingestão e gasto calórico, um indivíduo com histórico de obesidade na família pode amenizar, ou mesmo modificar, seu papel etiológico, mantendo uma vida saudável e controlando os fatores ligados à obesidade (Luz & Oliveira, 2013).

O TCA e a obesidade têm aumento em número de diagnósticos, sendo a obesidade considerada uma epidemia mundial. Esses transtornos trazem grande prejuízo social, físico e pessoal aos indivíduos, pois estes, por vezes, apresentam problemas crônicos (Cassin et al., 2013; Cavalcante, 2009).

A relação entre obesidade e TCA foi evidenciada em estudos que trouxeram o segundo como um sintoma da primeira. A característica central do TCA é a ingestão excessiva de alimentos em curto tempo, com a perda do controle sobre o comportamento alimentar.

O TCA é visto como uma desregulação do controle dos impulsos, sendo avaliado pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). O ECAP se trata de um questionário e, como todo instrumento, apresenta deficiências, mas identifica os indivíduos de risco (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011).

O comportamento alimentar alterado traz em seu bojo a psique do indivíduo (humor depressivo, ansiedade e sentimento de culpa), assim como mecanismos fisiológicos. Todavia, a obesidade não é ponderada como uma doença psiquiátrica, tampouco condição para o transtorno alimentar, e sim como uma condição advinda de múltiplas causas. Obesos com TCA podem ser impulsivos e mais propensos a ansiedade e depressão. Dessa forma, a TCC tem muito a fazer por esses indivíduos.

ENFOQUES COMPORTAMENTAIS DA OBESIDADE

Investigações psicológicas são capazes de detectar alterações psíquicas no paciente obeso (p. ex., baixa tolerância à frustração e dificuldade de controle dos impulsos, sintomas depressivos e ansiedade). Essas alterações estão diretamente ligadas ao aumento de peso, funcionando como potencializadores e complicadores da obesidade (Rezende,

2011). Destaca-se que os indivíduos que apresentam alterações psicológicas mostram-se mais propensos à obesidade. Além disso, é observado que, em obesos mórbidos, há significativas manifestações de nervosismo, tristeza e desânimo, o que poderia estar vinculado ao excesso da gordura corporal.

Outro fator são as reiteradas tentativas de adaptação aos padrões de aparência realizadas pelos obesos. O insucesso com as dietas causa grande mal-estar ao indivíduo, muitas vezes sendo motivo de grande frustração e infelicidade (Brilmann et al., 2007).

Em virtude disso, o cuidado após a cirurgia bariátrica é fundamental. Após o organismo se acostumar a sua nova realidade, pode haver um aumento no peso. Nada significativo, e ocorrido, em média, 5 a 9 anos após a cirurgia. Alguns indivíduos tendem a retornar à obesidade grau III, mas, em sua maioria, esse aumento de peso é somente uma adequação ao processo, não trazendo qualquer prejuízo físico ao paciente (França et al., 2012).

Havendo, ou não, esse ganho de peso, a cirurgia bariátrica em si tem consequências psicológicas positivas e negativas. A elevação da autoestima, a melhora na autoavaliação corporal e no comportamento alimentar, bem como a evolução na qualidade de vida são questões positivas. Entre as questões negativas a serem destacadas, ressalta-se a crise de identidade, a busca por novos relacionamentos, o esforço para aceitação do novo corpo e a necessidade de ter uma nova postura alimentar. A visão do “ex-obeso” sobre o “novo corpo” e sua dificuldade em assumir-se denotam a necessidade de um constante acompanhamento psicológico e alimentar (Luz & Oliveira, 2013).

É comum o aparecimento de quadros de depressão após a cirurgia, sendo importante ressaltar, no entanto, que a depressão poderia não ser uma consequência da obesidade, mas uma causa em si mesma. Há, portanto, a necessidade de buscar sua origem e trabalhá-la como forma de evitar o ganho de peso e o prejuízo psíquico do paciente (Caballo, 2012; Duchesne et al., 2007; Rezende, 2011).

Podemos evidenciar que, em um primeiro momento, a cirurgia bariátrica é vista pelo paciente como a cura para todos os males. Há significativa melhora psicológica. Após esse momento, tem-se uma segunda fase, que se dá próxima ao terceiro mês da cirurgia. Nela começam os questionamentos e enfrentamentos da nova realidade que se apresenta ao paciente (Brilmann et al., 2007; França et al., 2012).

É importante que exista uma reestruturação de sua vida social, afetiva, sexual, profissional, havendo a necessidade de adaptação. A notabilidade é outra fase, cuja euforia é a característica principal. Uma das fases críticas é a estabilização do peso, que ocorre aproximadamente um ano após a cirurgia. Alguns pacientes buscam perder mais peso e sentem-se insatisfeitos com o resultado. É nesse momento que o auxílio psicoterápico se apresenta como de suma importância na reorganização da vida do paciente, bem como na construção de sua identidade (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011).

O objetivo da cirurgia bariátrica é a saúde física e clínica. A saúde emocional é uma consequência ou um fator motivador, mas não seu objetivo. Assim, não há a cura dos sintomas. Deve-se, portanto, antes da cirurgia, esclarecer todos os aspectos no que concerne à cirurgia, acompanhando e fazendo recomendações ao paciente para que a perda de peso seja um sucesso, assim como sua manutenção (Brilmann et al., 2007).

Sob a ótica da teoria cognitivo-comportamental, os pensamentos disfuncionais acerca do peso influenciam as emoções e os comportamentos. Eles interferem de forma direta na autoimagem do indivíduo, constituindo-a positiva ou negativamente. Trabalhar com o valor pessoal e social, a alimentação e questões acerca do peso é o norte da teoria cognitivo-comportamental voltada ao tratamento da obesidade (Caballo, 2012; Nunes, 2006).

IMAGEM CORPORAL

O corpo é o veículo pelo qual a pessoa vivencia sua realidade. O comportamento dessa pessoa é determinado por sua dimensão e experiência corporal, posto que seja agente inerente às atitudes e estratégias para o equilíbrio da saúde. A imagem corporal é um elemento importante para a inter-relação do ser humano, de forma complexa e indissociável (Luz & Oliveira, 2013). São três os elementos que compõem a imagem corporal: a imagem idealizada, aquela que é representada por terceiros e a imagem objetiva. Seu conceito traz os contornos e formas do corpo (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011). Há de ser destacado que a aparência física tem dois componentes: o reflexo humano e seus sentimentos. A imagem humana é um esquema tridimensional que toda pessoa tem de si mesma. Esse conceito de si mesmo foi elaborado ao longo dos anos em virtude da experiência do indivíduo, construindo-se e modificando-se diuturnamente (Luz & Oliveira, 2013). Durante o processo para a realização da cirurgia bariátrica, bem como em seu decorrer e no pós-operatório, o paciente é confrontado com suas crenças para a aceitação de sua nova compleição física e pela reconstrução de sua memória. Seu objetivo é que a imagem resultante da cirurgia não cause sentimentos e pensamentos negativos (França et al., 2012).

Tais pensamentos podem ser recorrentes em pessoas com sobrepeso e obesidade. É comum pessoas obesas terem “disparidade” de sua imagem corporal, vendo-se como grotescas e repugnantes, hostilizando seu corpo e desaprovando-se. O sentimento de ojeriza do próprio corpo pode tomar proporções exageradas, fazendo com que as características negativas sejam sobrepostas na sua avaliação às características positivas (Nunes, 2006).

As crenças de que a magreza é diretamente associada ao positivo e ao sucesso e que a gordura é negativa e depreciativa causam insatisfação corporal, dificultam o relacionamento interpessoal e alteram de forma significativa as nuances de humor.

DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Pessoas obesas com frequência apresentam sintomas de depressão e ansiedade, além de transtornos da personalidade e alimentares. Contudo, a psicopatologia não é condição *sinequa non* para a obesidade. A obesidade é uma doença crônica causadora de sofrimento que leva a psicopatologias (Caballo, 2012; Cavalcante, 2009; Duchesne et al., 2007).

Nas pessoas que buscam a cirurgia bariátrica, as alterações emocionais variam de forma expressiva. Cerca de 25 a 30% dos pacientes obesos demonstram níveis críticos de depressão, índices acima dos observados na população em geral (Motta, Gomes, Macedo, & Negreiros, 2011).

A depressão, ou transtorno depressivo maior, é um transtorno mental (APA, 2014) que ocorre quando a pessoa se encontra com o humor deprimido ou triste, tem dificuldade em sentir prazer nas coisas, entre outros sintomas, por, pelo menos, duas semanas. Entre os sintomas adicionais, caracterizadores do quadro de depressão maior, há: perda de interesse ou prazer, alteração no apetite ou peso, problemas com o sono, mudanças psicomotoras, queda da energia, dificuldade de concentração, etc. (APA, 2014).

A ansiedade é um sintoma com frequência associado diretamente aos problemas alimentares. Uma das psicopatologias ligadas a ela é o transtorno da ansiedade generalizada (APA, 2014). Nesse transtorno, há uma preocupação excessiva, que causa inquietação, tensão e irritação, entre outros sintomas psicofisiológicos. A maior preocupação quanto a esse quadro é sua frequência, duração ou intensidade, uma vez que os indivíduos consideram difícil controlar essas preocupações.

Após a cirurgia bariátrica, ocorre, com frequência, uma melhora no quadro de ansiedade do paciente. Os melhores índices se dão quando uma equipe multidisciplinar acompanha o paciente, realizando um tratamento que abranja aspectos nutricionais e psicológicos. Havendo melhora da ansiedade e da depressão, bem como em todos os componentes psicológicos ligados ao comportamento alimentar, haverá maior índice de sucesso na realização do procedimento cirúrgico (Nunes, Appolinário, Galvão, & Coutinho, 2006). É importante que haja cuidado da equipe com a saúde mental do paciente após a realização da cirurgia. Quadros de depressão e ansiedade preexistentes e não relativos à disfunção alimentar poderão vir à tona, e a cirurgia não é uma cura para as disfunções de humor. Problemas originados pela inabilidade social não serão “curados;” uma vez que a cirurgia se dá na esfera física, não psicológica.

HABILIDADE SOCIAL

A habilidade social é a base para a convivência em sociedade. É a interação do indivíduo em sociedade que constrói sua personalidade. A adaptação desse indivíduo depende do que lhe é apresentado diuturnamente, que faz com

que crie a individualidade em suas características (Caballo, 2012).

Às pessoas obesas, são atribuídos adjetivos pejorativos. Assim, é mais difícil sua ascensão profissional e seu sucesso pessoal, principalmente quando a profissão envolve condicionamento físico (p. ex., bombeiro). Além da imagem negativa, as pessoas obesas são estereotipadas, o que lhes pode ocasionar sérias consequências psíquicas, incapacitando-as para a criação e a manutenção de laços sociais. Culturalmente, os gordinhos são vistos como “simpáticos”, uma forma de atribuir-se a eles uma positividade (Duchesne et al., 2007; Rezende, 2011).

A cirurgia bariátrica pode proporcionar ao paciente maior autonomia em sua expressividade, favorecendo a interação social. Trabalhar as variáveis comportamentais é importante para aumentar a assertividade e a autoaceitação, bem como o bom relacionamento interpessoal.

CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica é um método para que haja redução da ingestão alimentar e/ou absorção dos alimentos pelo organismo do paciente (Brilmann et al., 2007). Em média, a perda de peso dos pacientes varia entre 15 e 30%, dependendo do tipo de cirurgia realizado (Courcoulas et al., 2013). A perda de peso é acentuada e ocorre em maior parte nos primeiros três meses após a cirurgia, sendo que é no primeiro semestre que o paciente perde a maior porcentagem de peso, mas pode continuar durante um ano, quando o peso se estabiliza (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011). Diversas são as técnicas adotadas para a intervenção cirúrgica:

- restritivas: diminuem o volume estomacal (capacidade);
- disabsortivas: alteram o intestino visando reduzir a área de absorção;
- mistas: restritivas e disabsortivas.

São adotados padrões internacionais para as cirurgias com indicação para aquele paciente com o IMC maior que 40 kg/m² ou 35 kg/m² com comorbidades médicas associadas. O processo para a realização da cirurgia é lento e demanda tempo, já que investiga toda a história e evolução da obesidade do paciente (Duchesne et al., 2007; Rezende, 2011).

Os cuidados para o procedimento cirúrgico são diversos, tanto no pré quanto no pós-operatório. O acompanhamento de uma equipe multidisciplinar é primordial para o sucesso da cirurgia. Além disso, a mudança comportamental do paciente é fator que pode tanto levar ao sucesso do procedimento quanto ao retorno do peso anterior.

Realizar a cirurgia, não se preocupar com a compulsão alimentar e permitir que o obeso continue comendo de forma inadequada não é aconselhável e pode ser bastante perigoso. Apesar do possível emagrecimento, é na mudança de hábitos

e de estilo de vida que está o segredo para a garantia da eficácia no tratamento (Cavalcante, 2009; Rezende, 2011). O acompanhamento terapêutico é importante para que não seja negligenciado nenhum ponto a se modificar com a cirurgia, e a terapia vem a auxiliar o obeso na discussão das múltiplas causas da obesidade.

A partir da quebra de paradigmas e da modificação e reestruturação de crenças, o paciente operado recebe um tratamento que ajuda a impedir um novo processo de ganho de peso por meio das ferramentas da TCC (Luz & Oliveira, 2013).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

APONTAMENTOS ACERCA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A base da TCC é o conceito biopsicossocial e sua compreensão quanto à psicologia humana. Trata-se de focalizar o trabalho sob uma abordagem da influência do pensamento sobre o comportamento e o ambiente (Shaw & Segal, 1999). A terapia permite ao indivíduo a atribuição de significado a sua experiência, sendo a base para a construção de sua própria identidade, para modelar seu comportamento e para se projetar no futuro. Dessa forma, o resultado dessa construção pessoal é único para cada indivíduo, posto que as reações esboçadas são variadas. Na TCC, o indivíduo é confrontado consigo mesmo, com seus sistemas de crenças, testando-os (consequências e funcionalidades). O obeso tem vulnerabilidades específicas que predispõem ansiedade e depressão, bem como Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) (Brilmann et al., 2007).

A adaptação do obeso é trabalhada durante todo o processo envolvido na cirurgia bariátrica, sob a ótica do ambiente (experiência atual) e ao futuro (objetivo). Para tal, é necessária uma boa interação do terapeuta com o indivíduo em tratamento para uma eficiente investigação cognitiva (Motta et al., 2011; Rezende, 2011).

Com base na construção do indivíduo, a psicoeducação vem trabalhar o sistema de crenças do paciente, bem como os pensamentos disfuncionais que desencadearam a obesidade. A partir daí, tem-se instrumentos para a atuação interdisciplinar e o tratamento terapêutico cognitivo-comportamental (Brilmann et al., 2007; Rezende, 2011).

A TCC traz ao obeso uma mudança comportamental pela modificação dos pensamentos (Rezende, 2011). Assim, a modificação dos pensamentos acompanha a modificação corporal, e ambas andam juntas para que haja a construção de um sistema de crenças e comportamentos adequados para que o paciente tenha uma significativa melhora em sua qualidade de vida.

O acompanhamento terapêutico durante o pré e o pós-operatório favorece a prevenção às recaídas. A autocompreensão e a participação consciente e ativa do

paciente no tratamento o responsabilizam pela construção de sua identidade (imagem corporal), suavizando sinais de ansiedade e depressão (Luz & Oliveira, 2013).

Ressalta-se, nessa ótica, que a TCC traz ao tratamento da obesidade (cirurgia bariátrica) um compromisso com a avaliação e a modificação de crenças, comportamentos e pensamentos disfuncionais (Rezende, 2011). A terapia progride o potencial e os recursos do indivíduo. Dessa forma, ele constrói um novo sistema, proporcional a sua nova imagem, dando-lhe segurança, autoestima e potencializando todos os índices que lhe convergem a uma melhor qualidade de vida.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM MOMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

É importante que o profissional possa avaliar as crenças que o indivíduo tem a respeito da cirurgia bariátrica, quais suas expectativas e motivações. O estabelecimento de objetivos realistas de perda de peso e de mudanças na vida é fundamental nesse processo (Kaly et al., 2008). Dessa forma, pode-se vislumbrar crenças inadequadas e, por meio delas, no pós-operatório, o terapeuta promoverá uma adaptação do paciente, conscientizando-o e confrontando-o com as mudanças e suas dificuldades, potencializando o êxito do procedimento.

A cirurgia e o conseqüente emagrecimento estão associados a uma melhora na qualidade de vida que em geral se reflete diretamente na família do paciente, que tem papel fundamental para que o sujeito enfrente de forma positiva as eventuais dificuldades. No entanto, não existem relatos de problemas médicos e psicossociais importantes que se desenvolvem após a cirurgia. Nomeadamente, o desenvolvimento de problemas médicos resultantes de deficiências nutricionais (Bal, Finelli, Shope, & Koch, 2012), o aparecimento de problemas de comportamento alimentar, como bulimia e anorexia (Conceição et al., 2013a; Conceição et al., 2013b), e de problemas interpessoais que emergem quando outros indivíduos têm dificuldade em lidar com as mudanças no estilo de vida que operam no cotidiano dos pacientes e que também os afetam (Ferriby et al., 2015), até mesmo suicídio (Mitchell et al., 2013) e consumo excessivo de álcool.

No que diz respeito aos aspectos comportamentais, é importante que seja trabalhada no pré-operatório a reordenação de rotinas. O sujeito deve estar preparado para que sua rotina diária se modifique, eternamente. Determinadas técnicas de cirurgia bariátrica impõem ao paciente o uso contínuo e constante de suplementação alimentar e medicamentosa (Nunes, 2013; Rezende, 2011). Além disso, é necessária atividade física e reeducação alimentar, uma vez que esses pacientes apresentam necessidades nutricionais muito específicas que podem implicar o uso de suplementos alimentares e a inclusão de novos alimentos, tolerados após a cirurgia.

A ansiedade pode deflagrar dificuldade na adaptação após o procedimento cirúrgico. Nesse período, toda e qualquer

mudança ocorre de maneira rápida (hábitos alimentares e corpo) (Motta et al., 2011; Nunes, 2013; Rezende, 2011). O enfrentamento de tais mudanças poderá desencadear dificuldades psicológicas na adaptação do sujeito a sua nova realidade.

Outro aspecto a ser trabalhado é a compulsão alimentar. Com a capacidade bariátrica diminuída, o paciente tem desejo de comer, mas o faz em quantidade menor. O olhar para a comida é modificado, pois não haverá pratos e copos cheios, bem como a voracidade no comer e beber. Após a cirurgia, o paciente deverá ter uma ingestão lenta e em menor quantidade, modificando, assim, seus hábitos de forma drástica (Brilmann et al., 2007; França et al., 2012).

Nos dias atuais, sabe-se que alguns problemas comportamentais, como a ingestão alimentar compulsiva, são normalizados com a cirurgia e podem até desaparecer. Entretanto, outras disfunções psicológicas não. Assim, se a comida era um fator integrador na família do indivíduo, ele deverá estar preparado para as alterações que poderão ocorrer. Também, se, antes da cirurgia, o paciente apresentava dificuldades para expressar seus sentimentos, ele continuará com tal dificuldade caso não haja o devido acompanhamento terapêutico (Motta et al., 2011).

O momento pré-operatório possibilitará ao terapeuta realizar com o paciente profunda reflexão sobre sua escolha e as crenças a ela inerentes. Nesse momento, o profissional perceberá a necessidade de acompanhamento pós-cirúrgico. É claro o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida e no relacionamento interpessoal do paciente. Todavia, havendo problemas de relacionamento, esses poderão ser potencializados após a cirurgia (França et al., 2012).

A TCC, quebrando paradigmas das crenças do paciente, bem como seus pensamentos disfuncionais e sentimentos determinantes, melhora de forma significativa o quadro psicológico e psiquiátrico do paciente (Luz & Oliveira, 2013). A criação de crenças relativas à nova realidade do sujeito e sua afirmação diária aliviam sintomas de ansiedade e depressão, pois estimulam que o paciente participe de forma consciente do tratamento.

ENFOQUES PSICOLÓGICOS APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

O tratamento terapêutico após a cirurgia bariátrica visa dar suporte ao indivíduo na reorganização de sua vida e prevenir que comportamentos desajustados reapareçam em longo prazo (Duchesne et al., 2007). A cirurgia bariátrica impõe mudanças significativas no estilo de vida do paciente, e é de suma importância que ele esteja comprometido com tais mudanças para que o tratamento seja eficiente.

A TCC auxilia o paciente na construção de rotinas, pensamentos, crenças, bem como a reorganizá-las conforme sua nova perspectiva de vida (Motta et al., 2011). A adaptação à nova dieta, a recorrência dos episódios depressivos e o

reaparecimento de quadros psiquiátricos como transtornos alimentares (Conceição et al., 2013a; Conceição et al., 2013b) são aspectos relevantes a serem trabalhados.

O pós-operatório é a fase mais crítica de todo o processo envolvendo a cirurgia bariátrica. A terapia auxilia o paciente em seu autorreconhecimento e na construção de sua imagem, de seu próprio corpo. Após a perda massiva de peso, é frequente o aparecimento de pele excessiva, o que tem grande impacto na imagem corporal e no autoconceito do paciente, comprometendo, em grande medida, a qualidade de vida e o funcionamento psicológico, podendo estar associado a sentimentos de vergonha e isolamento (Kitzinger et al., 2012). Para isso, o terapeuta deve proporcionar ao paciente um envolvimento com a criação de sua identidade, conhecendo-a e compreendendo-a durante todo o processo de emagrecimento (Nunes, 2013; Rezende, 2011).

A ansiedade pode estar presente com mais ênfase no primeiro mês pós-cirúrgico, quando a dieta é somente a base de líquidos. A ausência de mastigação pode tornar o paciente receoso na ingestão de alimentos. A adaptabilidade desse período se dá, principalmente, com a grande perda de peso, que proporciona ao paciente a retomada de hábitos até então perdidos, convívio social, locomoção, além da melhora de sua autoimagem (Brilmann et al., 2007; Duchesne et al., 2007).

De um ano e meio a dois anos após a cirurgia bariátrica, há diminuição na perda de peso. Essa é uma fase importante para que não haja recaída, com a retomada de hábitos não saudáveis, como a ingestão alimentar compulsiva e o petisco contínuo. A reemergência desses comportamentos está associada a novo ganho de peso e a insucesso terapêutico em longo prazo (Conceição et al., 2014; Meany, Conceição, & Mitchell, 2014). O sucesso do tratamento é de responsabilidade do paciente. A TCC vem a auxiliá-lo em sua reconstrução psíquica, todavia, cabe ao paciente sua reafirmação e transformação em seus hábitos (Motta et al., 2011; Nunes, 2013; Rezende, 2011).

Nesse momento pós-cirúrgico, a determinação e a construção eficiente das novas crenças do paciente são importantes. Quando a perda de peso começa a se estabilizar, o indivíduo deixa de receber elogios, devendo ser motivado a continuar perdendo peso, podendo ocorrer novo ganho de peso. O trabalho do terapeuta, nessa seara, vem como forma de auxiliar o paciente a não transferir sua compulsão alimentar para outra área (álcool, drogas, compras, sexo, etc.), bem como não se tornar outro transtorno alimentar pelo receio de engordar (anorexia nervosa ou bulimia nervosa) (Nunes, 2013; Rezende, 2011).

Além disso, transtornos já existentes, como a depressão, podem ser potencializados. Havendo tendência familiar ou pessoal para a doença, a mudança drástica de hábitos e a necessidade de acompanhamento medicamentoso e psicológico constante podem desencadear crise depressiva. O trabalho multidisciplinar, associado à TCC, vislumbra ao

paciente sua reorganização interna para aderir às mudanças em sua vida de forma eficaz. Em sessões que podem ser trabalhadas em grupo de obesos ou com um único paciente de forma interdisciplinar, são propostas reflexões para a discussão do indivíduo. Busca-se promover a “psicoeducação” por intermédio da TCC. Assim, é proporcionado ao paciente um entendimento quanto às condutas adequadas para a sua qualidade de vida (Nunes, 2013; Rezende, 2011). Esse é o momento para que o paciente reconstrua concretamente suas relações psicossociais, sua autoimagem e sua autoestima. A TCC explora as dificuldades do obeso no emagrecimento (história de vida, conflitos, etc.), proporcionando ao paciente a identificação e criação de pilares de sustentação para a prevenção de recaídas. A construção promovida pelo indivíduo no pós-operatório o norteia quanto ao papel que a comida exerce em sua vida e suas expectativas. É importante que o terapeuta, em seu trabalho, além de auxiliar o paciente em sua construção, lhe dê o respectivo *feedback* (Cassin et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é uma enfermidade multifatorial, e sua associação com sintomas psicopatológicos revela os prejuízos nas relações interpessoais e na autoimagem do paciente. A busca por um padrão estético-comportamental torna insuportável a vida de determinados indivíduos. Nos obesos, além de fatores sociais, soma-se a genética e a fisiologia. Em obesos com tratamento recorrente para emagrecimento, bem como para aqueles com IMC acima de 40 kg/m², a cirurgia bariátrica é o tratamento recomendado para a obesidade. Todavia, a cirurgia, por si só, não traz a autoimagem e a autoaceitação perseguidas pelo obeso.

Para tal, a TCC é o tratamento recomendado. Juntamente com uma equipe multidisciplinar, a TCC trabalha os pensamentos disfuncionais, os sentimentos e os comportamentos do indivíduo por intermédio do sistema de crenças. Assim, é proposto um enfrentamento do paciente com suas crenças para que haja uma reconstrução em sua imagem, paralelamente à mudança natural do corpo proporcionada pela cirurgia bariátrica.

A TCC traz a compreensão do indivíduo no pré-operatório e trabalha a imagem buscada, bem como a sua autoaceitação e relação social no pós-operatório. Tal abordagem no tratamento contra a obesidade dá ao indivíduo maior aceitação do procedimento para a cirurgia bariátrica. Proporciona ao paciente a retomada de sua vida, diminuindo sintomas como a depressão e a ansiedade. Desse modo, busca-se uma melhora na qualidade de vida do indivíduo, em sua autoimagem, autoestima, relação social e emocional, para que tome as rédeas de sua vida de forma plena, segura e mais feliz.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Bal, B. S., Finelli, F. C., Shope, T. R., & Koch, T. R. (2012). Nutritional deficiencies after bariatric surgery. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(9), 544-556. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2012.48>
- Brilmann, M., Oliveira, M. S., & Thiers, V. O. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Caderno de Saúde Coletiva*, 15(1), 39-54.
- Caballo, V. E. (2012). Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde. São Paulo: Santos.
- Cassin, S. E., Sockalingam, S., Wnuck, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., & Parikh, S.V. (2013). Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), 529-543. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.10.002>
- Cavalcante, R. C. (2009). Análise comportamental de obesos mórbidos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Recife (PE).
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., ... Wonderlich, S. (2013a). Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *International Journal of Eating Disorder*, 46(3), 274-279.
- Conceição, E., Vaz A., Pinto-Bastos, A., Ramos, A., & Machado P. P. (2013b). The development of eating disorders after bariatric surgery. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21, 275-282.
- Conceição, E., Mitchell, J. E., Engel, S., Machado, P. P., Lancaster, K., & Wonderlich, S. (2014). What is grazing? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics and impact on bariatric surgery outcomes and proposing a standardized definition. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 10(5), 973-982. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2014.05.002>
- Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., Horlick, M., ... Wolfe, B. M. (2013). Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *The Journal of the American Medical Association*, 310(22), 2416-2425. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.280928>
- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>
- Ferriby, M., Pratt, K. J., Balk, E., Feister, K., Noria, S., & Needleman, B. (2015). Marriage and weight loss surgery: A narrative review of patient and spousal outcomes. *Obesity Surgery*, 25(12), 2436-2442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-015-1893-2>
- França, C. L., Biaggini, M., Mudesto, A. P. L., & Alves, E. D. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 337-345. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200019>
- Kaly, P., Orellana, S., Torrela, T., Takagish, C., Saff-Koche, L., & Murr, M. (2008). Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(1), 6-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2007.10.012>
- Kitzinger, H. B., Abayev, S., Pittermann, A., Karle, B., Bohdjalian, A., Langer, FB., ... Frey, M. (2012). After massive weight loss: Patients' expectations of body contouring surgery. *Obesity Surgery*, 22(4), 544-548. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-011-0551-6>
- Luz, F. Q., & Oliveira, M. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão da literatura. *Aletheia*, 40, 159-173.
- Martins, E. M. (2010). "Coaching": Uma estratégia comportamental baseada em metas para a aquisição de uma imagem corporal mais satisfatória em mulheres. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (SP).
- Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2273>
- Mitchell, J. E., Crosby, R., de Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., ... Wonderlich, S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 21(4), 665-672. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20066>
- Motta, A. K. F., Gomes, K. K. A., Macedo, M. G. D., & Negreiros, L. N. (2011). Programa de cirurgia bariátrica: Grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. *Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas*, 10(2), 31-34.
- Nações Unidas do Brasil. (ONUBR). (2012). Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS. Recuperado de <http://www.onu.org.br/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo-diz-relatorio-da-oms/>.
- Nunes, M. A., Appolinário, J. C., Galvão, A. L., Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, R. M. (2013). Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora - Instituto de Ciências Biológicas.
- Rezende, F. R. (2011). Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (SP).
- Shaw, B. F., & Segal, Z. V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy, indications and outcomes* (p. 173-195). Washington: American Psychiatric Press.