

GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Group of psychological support after bariatric surgery: report of experience

Grupo de apoyo psicológico post cirugía bariátrica: relato de experiencia

MICHELE DAIANE BIRCK²

MICHELE PEREIRA MARTINS³

TEREZINHA DE CAMARGO VIANA⁴

TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO⁵

Resumo: No Brasil, em razão do crescimento do número pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, é indispensável o desenvolvimento de estudos sobre o acompanhamento clínico, notadamente no período pós-cirúrgico. Em um serviço especializado, foi implementada uma intervenção grupal psicoeducativa com duração de duas horas, totalizando nove encontros com intervalo mensal. Não houve restrição de gênero, técnica operatória ou tempo transcorrido desde a cirurgia. As principais temáticas abordadas foram: uso de álcool, ansiedade e depressão, perda de peso e autoestima, troca de compulsões, transtornos alimentares, reganho de peso, imagem corporal, apoio social e familiar, vida sexual e afetiva. Essa atividade sistemática revelou-se como fator protetor em relação a episódios de tristeza, ansiedade e condutas alimentares impulsivas, contribuindo para manutenção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis.

Palavras-chave: Obesidade; grupos de apoio; cirurgia bariátrica; psicologia; período pós-operatório.

Abstract: In Brazil, due to the increase in the number of people undergoing bariatric surgery, it is indispensable to develop studies on clinical follow-up, especially in the post-surgical period. In a specialized service, a psychoeducational group intervention was implemented with duration of two hours, totaling nine meetings with a monthly interval. There was no restriction of gender, operative technique or time elapsed since surgery. The main topics addressed were: alcohol use, anxiety and depression, loss of weight and self-esteem, compulsion change, eating disorders, weight regain, body image, social and family support, sexual and affective life. This systematic activity proved to be a protective factor in relation to episodes of sadness, anxiety and impulsive eating behaviors, contributing to the maintenance of healthier behaviors and lifestyles.

Keywords: Obesity; Support Groups; Bariatric Surgery; Psychology; Post-Surgical Period.

Resumen: En Brasil, debido al crecimiento del número personas sometidas a la cirugía bariátrica, es indispensable el desarrollo de estudios sobre el acompañamiento clínico, especialmente en el período post-operatorio. En un servicio especializado, fue implementada una intervención grupal psico-educativa con duración de dos horas, totalizando nueve encuentros con intervalo mensual. No hubo restricción de género, técnica quirúrgica o tiempo transcurrido desde la cirugía. Las principales temáticas abordadas fueron: uso de alcohol, ansiedad y depresión, pérdida de peso y autoestima, cambio de compulsiones, trastornos alimenticios, aumento de peso, imagen corporal, apoyo social y familiar, vida sexual y afectiva. Esta actividad sistemática se mostró como factor protector en relación a episodios de tristeza, ansiedad y conductas alimenticias impulsivas, contribuyendo para el mantenimiento de comportamientos y estilos de vida más saludables.

Palabras clave: Obesidad; grupos de apoyo; cirugía bariátrica; psicología; período post-operatorio.

¹ Esta pesquisa contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, Brasília, DF – Brasil, e-mail: micheleaianepsi@yahoo.com.br - Clínica Dr. Sérgio Arruda, SMHN Quadra 02 Bloco C Edifício Dr. Crispim sala 1309 - CEP: 70710-149 Brasília/DF – Brasil.

³ Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar, e-mail: mpereira1606@yahoo.com.br .

⁴ Doutora em Sociologia, professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF – Brasil, e-mail: tcviana@unb.br .

⁵ Doutora em Psicologia, professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF – Brasil, e-mail: araujotc@unb.br .

Introdução

No contexto atual, com a prevalência de ambientes favoráveis à obesidade, o tratamento eficiente da doença constitui um grande desafio para as equipes de saúde. A alta prevalência de comorbidades clínicas associadas, assim como um grande comprometimento funcional e psicológico que ela gera, tornam a obesidade um problema grave de saúde, que necessita de intervenção de equipes multiprofissionais. Dessa forma, o tratamento da obesidade envolve um trabalho multidisciplinar e há poucos resultados satisfatórios, em longo prazo, sem mudanças importantes dos hábitos de vida dos indivíduos, com destaque para mudanças no padrão alimentar e adesão a atividades físicas.

Para indivíduos com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima ou igual a 40, ou acima ou igual a 35 com presença de comorbidades, a cirurgia bariátrica tem sido apontada como o melhor tratamento, considerando critérios de perda e manutenção de peso (Weinland, Arvidsson, Kakaulidis & Dahl, 2012), bem como reversão dos efeitos adversos da obesidade (Tayyem, Ali, Atkinson & Martin, 2011).

Apesar da cirurgia bariátrica ter resultado bastante satisfatório, no que se refere à qualidade de vida do obeso mórbido, ela também pode trazer algumas complicações no período pós-operatório. Entre elas, pode-se citar intolerância a alimentos, vômitos persistentes e deficiência de nutrientes. Além do risco nutricional, o reganho de peso também é uma das limitações da cirurgia (Gomes, 2015).

Do mesmo modo, a cirurgia bariátrica é uma intervenção que pode iludir os pacientes por criar a percepção de que a perda de peso transitória será automaticamente permanente. Os pacientes podem acreditar erroneamente que o procedimento cirúrgico cura a obesidade e que traz mudanças de comportamento inerentes necessárias para manter a perda de peso e reduzir a mortalidade. Essas crenças aumentam o risco de problemas psicológicos, dada a tensão que possivelmente ocorre entre “expectativas de sucesso” *versus* “falha cirúrgica”. Para atingir e manter a perda de peso ideal após a cirurgia bariátrica, as mudanças de estilo de vida concomitantes são fundamentais (Birck, 2017). Entre as recomendações mais comuns presentes na literatura para um bom pós-operatório incluem-se otimização nutricional, compromisso com exercícios físicos regulares, manejo do estresse, estabelecimento de metas realistas, estratégias de controle ambiental, sistemas de apoio e reestruturação cognitiva (Magro & cols., 2008).

Nesse sentido, os grupos de apoio podem ser uma eficiente opção de intervenção psicológica após a cirurgia bariátrica. Segundo Saunders (2004a) e Schopler e Galinsky (1993), os grupos de apoio têm a função de ajudar as pessoas a lidarem com estresses relacionados a situações de crises comuns, a transições de vida e a fases de dificuldades econômicas. Além disso, destinam-se ao encontro de indivíduos com problemas semelhantes, dispostos a compartilhar de suas experiências pessoais e a se engajarem no desenvolvimento de um processo coeso e suportivo.

Como técnica reconhecida de assistência psicológica, a abordagem grupal afina-se com os paradigmas atuais em saúde e educação, que colocam o sujeito no centro de seu processo de aprendizagem, como sujeito ativo e protagonista na produção de sua saúde, na construção do conhecimento e dos sentidos que dão significado à sua experiência humana (Pereira, 2013; Soares & Ferraz, 2007).

A proposta do grupo de apoio

O grupo de apoio psicológico pós cirurgia bariátrica tem sido oferecido a pacientes após a redução de estômago em um serviço especializado em obesidade e cirurgia bariátrica na cidade de Brasília/DF. Ele foi pensado a partir das demandas dos pacientes operados por um espaço maior de troca de suas vivências. Sua abordagem é psicoeducativa (Griffiths, 2006) e seu propósito é trabalhar com questões emocionais decorrentes do processo cirúrgico e emagrecimento, reconhecer os recursos internos de cada paciente, compartilhar as experiências entre os membros, bem como fornecer informações técnicas.

Segundo Griffiths (2006), a psicoeducação é uma abordagem terapêutica que focaliza na definição de objetivos, ensino de habilidades, satisfação e realização de metas. Concentra no aumento da anuência do paciente, na identificação precoce de sinais clínicos que indicam que há uma doença, na importância do estilo de vida, explorando crenças em saúde individuais e consciência da doença. Permite que o paciente compreenda um pouco mais a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal e efeitos colaterais da medicação. O autor acrescenta ainda que, nas interações em grupo, os participantes têm a oportunidade de expressar e validar suas preocupações e questões, visualizar modelos positivos de saúde e comportamento, bem como sentir-se fazendo parte de um grupo coeso que enfrenta dificuldades similares. A clínica onde o trabalho é realizado conta com equipe

multiprofissional da qual fazem parte duas psicólogas (primeira e segunda autoras), que desenvolveram este projeto, orientadas academicamente pela terceira e quarta autoras. Trata-se de um grupo mensal, executado por psicóloga, aberto para pacientes operados de cirurgia bariátrica sem delimitação de tempo cirúrgico, sem restrição de gênero e técnica cirúrgica. O convite para participação é feito por meio de redes sociais, ao longo das consultas com os profissionais da equipe, por e-mail e por telefone. Os temas foram escolhidos a partir da experiência clínica e acadêmica das autoras, das demandas dos pacientes, bem como de sugestões de trabalhos em grupo de pesquisadores na área da saúde e de outros centros de referência em cirurgia bariátrica no Brasil (Benedetti, 2009; Duarte, 2012; Franques, 2009; Mensorio, 2013).

A experiência do grupo de apoio

O grupo está estruturado em nove encontros anuais com discussão de temáticas relacionadas ao pós-operatório de cirurgia bariátrica (Tabela 1). Os encontros têm duração de 2h. Após cada encontro, os novos participantes são convidados a avaliar anonimamente o trabalho, bem como fornecer sugestões para os próximos grupos para que eles sejam constantemente aprimorados. A fim de assegurar o direito à privacidade, a clínica não divulga a identidade dos participantes.

Tabela 1 - Temáticas discutidas no Grupo de Apoio Psicológico Pós-Operatório.

| Encontros | Temáticas |
|------------|----------------------------|
| Encontro 1 | Uso de álcool |
| Encontro 2 | Ansiedade e depressão |
| Encontro 3 | Perda de peso e autoestima |
| Encontro 4 | Troca de compulsões |
| Encontro 5 | Transtornos alimentares |
| Encontro 6 | Reganho de peso |
| Encontro 7 | Imagem corporal |
| Encontro 8 | Apoio social e familiar |
| Encontro 9 | Vida sexual e afetiva |

Seguem abaixo os principais conteúdos que fundamentam as discussões de cada encontro.

Encontro 1 – uso de álcool.

Uma pesquisa feita pelo Centro Médico da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, mostra

que pessoas submetidas à cirurgia bariátrica têm maior risco de se tornarem dependentes de álcool. A bebida é metabolizada de forma diferente no organismo, a pessoa se sente alterada mais rapidamente e leva mais tempo para retornar à sobriedade (King & cols., 2012). No pós-operatório, há maior risco de exposição ao álcool, pois a vida social tende a ser mais intensa. Por outro lado, existe o consumo solitário do álcool, buscado na tentativa de relaxar, para esquecer, em função do tédio, da solidão, por exemplo. Atenção especial deve ser dada aos pacientes que apresentam histórico progresso de consumo ou abuso de álcool e também àqueles pacientes com história familiar de abuso de álcool ou outras drogas.

Encontro 2 – ansiedade e depressão.

Uma questão importante a respeito da depressão em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica é que a maioria dos pacientes parecem estar deprimidos por causa de seu peso e das limitações relacionadas à ele. E quando tomam um papel ativo na mudança de sua vida por meio de cirurgia, a depressão apresenta uma acentuada diminuição (Hout, Verschure & Heck, 2005), bem como uma redução significativa da ansiedade (Tae & cols., 2014). Caso a depressão aumente no pós, – descartadas as causas relacionadas a deficiências nutricionais, que podem modificar o humor – é provável que outros fatores estejam relacionados à tristeza, tais como conflitos que começam a ganhar atenção (conjugais, familiares, crises pessoais) e possível dificuldade na aceitação física dos alimentos (vômitos, *dumping*, entalhos). O emagrecimento rápido pode permitir que venham à tona questões encobertas pela obesidade e possivelmente ainda não exploradas (Birck, 2017).

Encontro 3 – perda de peso e autoestima.

Segundo Kubik, Gill, Laffin e Karmali (2013), a cirurgia bariátrica tende a melhorar a autoestima, autoconfiança e a expressividade dos sujeitos. Essas alterações parecem estar correlacionadas com importantes melhorias na imagem corporal e satisfação de perda de peso após a cirurgia. No entanto, insatisfação residual com a imagem corporal devido ao aumento e/ou flacidez da pele foi relatada como alta e isso também preocupa os pacientes, ainda segundo os autores.

Encontro 4 – troca de compulsões.

Segundo Ribeiro & Cremasco (2014), a modificação no padrão alimentar imposto pela cirurgia bariátrica, principalmente nos primeiros meses, pode desestruturar o paciente. No sentido psicológico, se o alimento

tem sido utilizado também para regular as emoções, como afirmam Ogden (2015) e Birck (2017), com o limite físico imposto pelo procedimento, o paciente corre o risco de adquirir outro sintoma disfuncional para diminuir a tensão do aparelho psíquico. Entre os mais conhecidos padrões de comportamentos preocupantes no pós-operatório estão o jogo compulsivo (bingo, jogo de cartas), compras em excesso, uso abusivo de drogas (principalmente o álcool), uso excessivo de internet e/ou videogame e o sexo compulsivo.

Encontro 5 – transtornos alimentares.

Embora pesquisas longitudinais são necessárias para determinar se compulsão alimentar é causa, correlação ou consequência de piores resultados de perda de peso após a cirurgia, estudos sugerem que a compulsão alimentar pode ser um marcador de pior prognóstico e um alvo apropriado para a intervenção pós-cirurgia (Kalarchian & cols., 2002). Nesse sentido, ato de beliscar (*grazing*) tem ganhado crescente atenção devido a sua associação ao reganho de peso. Segundo Saunders (2004b), *grazing* é um padrão alimentar que pode ser considerado um transtorno alimentar sublimiar, no qual são ingeridas grandes quantidades de alimentos durante um longo período, acompanhadas de sentimento de perda de controle.

Encontro 6 – reganho de peso.

Estudos têm enfatizado que de 20 a 30% dos pacientes submetidos à cirurgia começam a reganhar peso, em média, após 24 meses de cirurgia (Weinland, Arvidsson, Kakoulidis & Dahl, 2012). Os fatores comportamentais mais enfatizados na literatura como aqueles responsáveis pelo reganho de peso relacionam-se ao consumo excessivo de álcool, o ato de beliscar (*grazing*), o sedentarismo, a preferência por alimentos pastosos, o consumo excessivo de doces e carboidratos, e como um fenômeno mais comum nos pacientes que não participam do acompanhamento multiprofissional ao longo do pós-operatório (Odom & cols., 2010). Com relação aos fatores cognitivos, estudos evidenciam a preponderância de crenças auto-destrutivas (Moorehead, 2011). Além disso, destaque para as características de nosso ambiente obesogênico, aquele que promove cada vez mais o consumo elevado de energia, produtos processados, e a adoção de comportamentos sedentários (Souza & Oliveira, 2008).

Encontro 7 – imagem corporal.

A insatisfação com a imagem corporal, comumente percebida em pacientes obesos, é fortemente

correlacionada com sintomas de depressão, e isto é particularmente verdadeiro em mulheres, dado o maior controle político sobre seus corpos (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013; Wolf, 1992). O descontentamento relacionado ao peso, que pode levar a uma imagem corporal negativa, é proveniente de uma ênfase cultural da magreza e do estigma social da obesidade. A maioria dos estudos sobre imagem corporal direcionam-se para reflexão a respeito da insatisfação, depreciação e distorção da imagem corporal, sob influência de fatores socioculturais (Castro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2010).

Encontro 8 – apoio social e familiar.

Segundo Abreu-Rodrigues (2014), estudos afirmam que intervenções baseadas na participação familiar, assim como na presença de uma pessoa que forneça suporte social, entre outras variáveis, facilitam a redução do peso e a manutenção do peso perdido. O apoio social, em especial de membros da família nuclear, tem sido considerado um forte preditor de adesão ao tratamento em saúde. Por outro lado, a pressão sociocultural de que o paciente operado atinja o “peso ideal”, “se comporte adequadamente” e “coma idealmente” é uma das queixas constantes no pós-operatório (Birck, 2017) e que também merece destaque.

Encontro 9 – vida sexual e afetiva.

A obesidade tem sido associada a alterações na função sexual e alterações indesejáveis nos hormônios reprodutivos em mulheres. Um estudo recente constatou que mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica tiveram melhora significativa no funcionamento sexual global, nos principais hormônios reprodutivos e no estado psicossocial (Sarwer & cols., 2014). Nos homens o excesso de gordura abdominal, doença cardiovascular, lipídios sanguíneos elevados e diabetes tipo 2 têm sido associados com disfunção erétil. Ainda segundo os autores, queixas relacionadas à insatisfação sexual e conjugal no pós-operatório podem estar relacionadas à baixo autoestima, estigma social e outros problemas psicológicos dos obesos, que muitas vezes permanecem em relacionamentos insatisfatórios. Nesse sentido, possíveis problemas conjugais ao longo do emagrecimento podem vir à tona dada à melhora nos indicadores psicológicos.

Resultados e Discussão

O projeto de grupo de apoio psicológico para pacientes operados começou a ser elaborado ao longo do

doutoramento da primeira autora (Birck, 2017). A criação e execução dos grupos, tem seguido algumas diretrizes brasileiras, as quais serão destacadas a seguir.

Oficialmente, a presença de psicólogo em equipes de cirurgia bariátrica no Brasil foi instituída por meio da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sob o número 1.766, publicado no Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005, alterada pela Resolução CFM nº 1942/2010, que por sua vez indica que a equipe precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. Além disso, deve ser composta por: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo (CFM, 2010).

Com relação à avaliação psicológica antes da cirurgia bariátrica e o acompanhamento pós-operatório da mesma especialidade, a falta de consenso da atuação do psicólogo tem sido preocupante. Porém, em 2014, na tentativa de modificar esse panorama, foi publicado pela SBCBM o primeiro protocolo de atendimento psicológico em cirurgia bariátrica. A elaboração do protocolo contou com a participação de 13 psicólogos da COESAS (Comissão das Especialidades Associadas) da SBCBM. Entre as recomendações, orienta-se que o psicólogo que trabalhe na área seja inscrito pelo menos dois anos no Conselho Regional de Psicologia e tenha título de especialista em Psicologia Clínica e/ou Psicologia Hospitalar e embasamento técnico-científico consistente e atualizado em Psicologia, obesidade, transtornos alimentares e Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2014).

No mesmo protocolo, com relação aos principais objetivos do atendimento psicológico fornecido na fase pós-operatória e *follow-up*, orienta-se: (1) ampliar o autoconhecimento do paciente e familiares, para facilitar a compreensão e adaptação ante as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia (hábitos, imagem corporal); (2) estimular autocuidado, motivação e adesão ao tratamento e às orientações da equipe; (3) avaliar a evolução da adaptação ao novo estilo de vida (prevenção de deficiências nutricionais e ganho de peso); (4) auxiliar o paciente na retomada ou desenvolvimento de projetos de vida após a cirurgia; e (5) facilitar no manejo de estressores cotidianos e na busca de qualidade de vida. Além disso, como principais metodologias e intervenções psicológicas, sugere-se: (1) acompanhamento psicológico individual ou em grupo; (2) psicoeducação – orientações e informações gerais sobre o pós-operatório; (3) orientação familiar; e (4) psicoterapia.

Para o presente estudo, foram encontrados poucos trabalhos científicos brasileiros a respeito de grupos de apoio psicológico oferecidos para a população bariátrica. É provável que esse panorama se deva em função tanto de uma prática de atendimento psicológico, preferencialmente individualizada, dentro do modelo clássico de atendimento clínico psicológico e, sobretudo, pela juventude da cirurgia bariátrica no Brasil. Com relação aos aspectos positivos do grupo relatados pelos pacientes, destacou-se: (1) a troca de experiências, de vivências e de ideias entre os cirurgiados; (2) o enfoque psicoeducativo dos encontros; (3) a espontaneidade dos participantes; (4) a pertinência dos temas abordados; (5) a verificação de pontos comuns; (6) o estabelecimento de novas metas individuais e grupais; (7) a elaboração de objetivos; (8) a identificação de problemas; (9) e a autorreflexão. Percebe-se que foram criadas amizades que têm se mantido ao longo dos encontros, além de maior empoderamento dos pacientes, apoio mútuo, bem como autonomia para criarem outras formas de encontro e trocas entre eles.

Com relação às sugestões para os próximos encontros, os pacientes solicitaram a participação de outras especialidades da equipe. Em encontro eventual o grupo pode contar com a participação de educador físico. Essa solicitação convida-nos a pensar no quanto cada membro da equipe multiprofissional é importante para sanar as dúvidas, anseios e bem orientar os pacientes e nos faz movimentar projetos futuros. Formalmente, a crítica relatada foi relacionada ao dia da semana dos encontros (sábados pela manhã) e, informalmente, dificuldades de alguns pacientes em relacionamento grupal.

Em média, os encontros tem contado com a presença de seis pacientes, (mínimo dois, máximo 12). Evita-se marcar os encontros em feriados prolongados, datas comemorativas, e a adesão tem sido satisfatória. O grupo está operando em seu quarto ano consecutivo de encontros. Atualmente, planeja-se incluir mais um encontro anual com o tema gravidez pós-cirurgia bariátrica. Evidenciou-se que, sobretudo, o trabalho com grupo tem se mostrado fator de proteção para uma série de problemas emocionais emergentes no pós-operatório, entre eles: episódios de tristeza e de ansiedade, bem como de comportamentos alimentares impulsivos. Além disso, seu caráter instrutivo e periódico tem auxiliado em manutenção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. O fato dos pacientes vivenciarem situações similares a seus pares os fazem sentir-se compreendidos. Além

disso, a participação consecutiva de pacientes no grupo indica um movimento contínuo de autorreflexão, automonitoramento e autocuidado.

Essa experiência de trabalho com grupos tem servido também de instrumento para outros projetos em nossa clínica (dados os *feedbacks* dos pacientes), tais como caminhadas, almoços com pacientes

e equipe multiprofissional; bem como pode servir de combustível para outros serviços pensarem suas estratégias de oferta de suporte psicológico para seus pacientes ao longo do acompanhamento pós-operatório de cirurgia bariátrica. Consideramos desafio constante a maior adesão ao serviço psicológico no pós-operatório.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M. A. (2014). *Apoio social e ganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Benedetti, C. (2009). Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. Em E. Ximenes, E. (Org.). *Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico* (pp.79-89). São Paulo: Editora Santos.
- Birck, M. D. (2017). *"Comer para preencher": uma compreensão psicológica do ganho de peso após a cirurgia bariátrica*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Castro, M. R., Carvalho R. S., Ferreira V. N., Ferreira M. E. C. (2010). Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira da Ciência e do Esporte*, 32, 167-183.
- Conselho Federal de Medicina (CFM, 2010). *Resolução 1.942: estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe*. Brasil.
- Duarte, A. N. (2012). *Avaliação de grupo de educação nutricional para mulheres com excesso de peso*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Franques, A. R. M. (2009). Adesão ao tratamento pós-operatório: por que é tão difícil? Em E. Ximenes (Org.). *Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico* (pp.99-107). São Paulo: Editora Santos.
- Gomes, D. L. (2015). *Efeitos metabólicos e nutricionais da suplementação proteica em mulheres com ganho de peso após 24 meses de cirurgia bariátrica: um ensaio clínico randomizado* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília.
- Griffiths, C. A. (2006). The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11, 21-28.
- Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M, & Heck, G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 552-560.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E. & LaMarca, L. B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12, 270-275.
- King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., ... Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*, 307(23), 2516-2524.
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity*, 1-5.
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18, 648-651.
- Mensorio, M. S. (2013). *Análise de estratégias de enfrentamento, ansiedade e hábitos em pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica, com e sem acompanhamento psicológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Moorehead, M. K. (2011). A cirurgia bariátrica é uma cirurgia comportamental e um milagre terrestre: perspectiva de uma psicóloga clínica. Em A. R. M. Franques, & M. S. Arenales-Loli (Org.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (pp. 171-207). São Paulo: Vetor.
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba D. L., ... McCullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 349-356.
- Ogden, J. (2015). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Pereira, T. T. S. O. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para a pesquisa e intervenção. *Revista da SPAGESP*, 14, 21-29.
- Ribeiro, C. C. & Cremasco, M. V. F. (2014). Quando a cirurgia falha: as implicações da melancolia no tratamento cirúrgico da obesidade. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental* (pp. 1-12). Belo Horizonte.
- Sarwer, D. B., Spitzer, J. C., Wadden, T. A., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Courcoulas, A., ... Christian, N. J., (2014). Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA*, 149(1), 26-33.
- Saunders, R. (2004a). Post-surgery group therapy for gastric bypass patients. *Obesity Surgery*, 14, 1128-1131.
- Saunders, R. (2004b). "Grazing": A high-risk behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98-102.
- Schopler, J. H., & Galinsky, M. J. (1993). Support groups as open systems: A model for practice and research. *Health & Social Work*, 18, 195-207.
- Soares, S. M., & Ferraz, A. F. (2007). Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11, 52-57.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2014). *Especialistas da SBCBM lançam consenso clínico inédito na área de psicologia*. Retirado de <http://www.sbcm.org.br/wordpress/especialistas-da-sbcm-lancam-consenso-clinico-inedito-na-area-de-psicologia/>

Souza, N. P. P., & Oliveira, M. R. M. (2008). O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Simbio-Logias*, 1, 157-173.

Tae, B., Pelaggi, E. R., Moreira, J. G., Waisberg, J. Matos, L. L., & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 41, 155-160.

Tayyem, R., Ali, A., Atkinson, J., & Martin, C. R. (2011). Analysis of health-related quality of life instruments measuring the impact of bariatric surgery: Systematic review of the instruments used and their content validity. *The Patient – Centered Outcomes Research*, 4, 73-87.

Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6, 21-30.

Wolf, N. (1992). *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco.

Recebido: 07.09.17 / Corrigido: 13.08.18 / Aprovado: 13.09.18



O CIEE foi fundado há 54 anos com foco em promover o estágio em empresas para estudantes. Hoje, atua como agente de integração em acordo com a Lei do Estágio para promover a inserção dos jovens no mundo do trabalho. Em 2003, abriu uma nova frente socioassistencial com a aprendizagem. Atualmente são exatos 222.492 mil estagiários e 81.001 aprendizes atendidos nacionalmente. A entidade mantém ainda uma série de ações socioassistenciais voltada à promoção do conhecimento e fortalecimento de vínculos de populações vulneráveis.

**Acompanhe
o CIEE pelas
mídias sociais**

Facebook e Instagram: /oficial.ciee

Twitter: @ciee_oficial1

LinkedIn: /company/oficialciee

YouTube: /oficialciee. Site: www.ciee.org.br