



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA:

“Avaliação Psicossocial dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Bariátrica: Revisão e Organização do Fluxograma de Avaliação do Ambulatório de Psiquiatria Pré-Operatória Hospital de Clínicas de Porto Alegre”

Residente de Psiquiatria: Gabrielle Terezinha Foppa

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Paz Loayza Hidalgo

Coorientador: Dr. Lucas Lovato

Porto Alegre, Novembro de 2022

CIP - Catalogação na Publicação

FOPPA, GABRIELLE TEREZINHA

Avaliação Psicossocial dos Pacientes Submetidos a
Cirurgia Bariátrica: Revisão e Organização do
Fluxograma de Avaliação do Ambulatório de Psiquiatria
Pré-Operatória Hospital de Clínicas de Porto Alegre /
GABRIELLE TEREZINHA FOPPA. -- 2022.

40 f.

Orientadora: MARIA PAZ LOAYZA HIDALGO.

Coorientador: LUCAS MAYNARD LOVATO.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Médica em
Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. cirurgia bariátrica. 2. saúde mental. 3.
funcionamento psicossocial. 4. ambulatório hospitalar.
I. HIDALGO, MARIA PAZ LOAYZA, orient. II. LOVATO,
LUCAS MAYNARD, coorient. III. Título.

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	4
JUSTIFICATIVA.....	8
OBJETIVOS	9
Objetivo Primário	9
Objetivos Secundários.....	9
METODOLOGIA	9
RESULTADOS.....	10
O Fluxograma	11
DISCUSSÃO	25
CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS	37

RESUMO

Introdução: A obesidade tem alto impacto na morbimortalidade e prevalência – cerca de 20,30% da população brasileira adulta em 2019. Transtornos psiquiátricos como depressão (19%) e compulsão alimentar (17%) são prevalentes nessa população. A cirurgia bariátrica é uma das opções com maior eficácia e impacto no tratamento dos pacientes com IMC ≥ 35 kg/m². Preconiza-se a avaliação psicossocial pré-cirurgia, porém as diretrizes para essa avaliação são escassas. **Objetivo:** Descrever o fluxograma de avaliação psicossocial do paciente candidato à cirurgia bariátrica no Ambulatório de Psiquiatria Pré Operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Métodos:** Trata-se de um projeto de desenvolvimento formulado por uma revisão integrativa da literatura com seleção da melhor evidência disponível, avaliação rigorosa da qualidade da evidência e a incorporação de fatores além da evidência, para transformá-la em uma decisão clínica. Apresentado na forma de fluxograma, criado a partir de um modelo de cuidado e implementado no ambulatório. **Resultados:** Estruturamos o fluxograma em quatro aspectos principais - Nível de Preparo, Suporte Social, Saúde Mental e Características individuais - com as contraindicações absolutas sendo avaliadas em cada um. **Conclusão:** Apresentamos um fluxograma de atendimento baseado na melhor e mais atual evidência. Empregado na avaliação psicossocial do Ambulatório de Psiquiatria Pré-Operatória com intuito de melhorar o fluxo do atendimento ao paciente, sistematizar o atendimento, e possibilitar a comunicação de modelos entre instituições e serviços. Evidências empíricas mostram que diretrizes padronizadas melhoram os resultados no atendimento, requerem estratégias de divulgação ativa e de implementação inovadoras para que sejam aderidas na prática.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica; ambulatório hospitalar; funcionamento Psicossocial; saúde mental.

INTRODUÇÃO

A obesidade na população adulta vem aumentando significativamente sua prevalência mundial ao longo das últimas décadas. Em 2015, um total de 603,7 milhões de adultos estavam obesos. Em comparação aos anos 80, a prevalência de obesidade dobrou em mais de 70 países e tem continuamente crescido na maioria deles¹. Segundo dados do Vigitel (2019)², a proporção de adultos brasileiros com sobrepeso era de 35,10% e a de obesos era de 20,30%.

Essa doença multifatorial resulta em uma grande redução na expectativa de vida e aumento nas taxas de morte precoce, sendo um potente preditor de morte em pacientes mais velhos, principalmente de causas cardiovasculares³. Está associada a mais de 230 comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, apneia do sono e várias outras doenças crônicas e debilitantes. Gera impacto no funcionamento psicossocial pelos portadores serem frequentemente expostos a crítica social e estigma na educação, emprego e cuidados em saúde⁴. Problemas de saúde mental também são comuns, especialmente depressão (19%) e compulsão alimentar (17%)⁵. Por fim, ainda há um enorme impacto econômico, pois, além do maior gasto em cuidados de saúde, há perda de produtividade no trabalho e menor renda familiar⁴.

Em resposta a todas as consequências da obesidade e ao aumento de sua prevalência no mundo todo, formas de prevenção e tratamento mais efetivos deveriam tornar-se alta prioridade nos planejamentos em saúde pública³.

Atualmente, a cirurgia bariátrica permanece como a opção mais eficaz para perda de peso sustentada em pacientes com obesidade classe II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) ou III (IMC maior ou igual a 40 kg/m²)⁶. Esse procedimento vem sendo associado a importantes desfechos em saúde mental. Estudos referem associação entre cirurgia bariátrica e melhores desfechos em saúde mental como menores taxas de depressão pós-operatória⁵; mas também associam a maior procura por atendimento em saúde mental nos pacientes pós bariátrica, principalmente naqueles que já possuíam questões de saúde mental ou apresentaram complicações cirúrgicas⁷; aumento nas taxas de autoagressão na população pós bariátrica⁸; e duas vezes mais risco de sintomas de transtorno de uso de álcool nessa população⁹.

Considerando a complexidade do paciente obeso que será submetido a cirurgia bariátrica, desde 1991, o National Institutes of Health Consensus Conference Development Panel¹⁰ recomenda que essa população seja abordada por uma equipe

multidisciplinar na avaliação pré-operatória. Subsequentes diretrizes de melhor prática clínica introduziram a avaliação psicossocial como parte do programa de atendimento pré-cirurgia bariátrica em todos os casos, ou pelo menos nos casos que apresentam questões psicossociais preocupantes. O objetivo dessa avaliação é detectar fatores de risco ou potenciais desafios que possam contribuir para um pior desfecho cirúrgico, recomendar melhorias no manejo ou novas intervenções, e se necessário, contraindicar a cirurgia¹¹. No entanto, as diretrizes atuais classificam a exigência de avaliação psicossocial para todos os pacientes antes da cirurgia bariátrica como nível C de evidência¹².

No Brasil, a Portaria do Ministério da Saúde Nº 424, de 19 de março de 2013 redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Orienta que a avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade deve ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada e que deve conter avaliação psicológica. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório pelo tempo determinado pela equipe. Deve haver compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas do tratamento. Define como contraindicações para cirurgia bariátrica na perspectiva psicossocial: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; e quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas¹³.

No Conselho Federal de Medicina, a Resolução Nº 2.131/2015 fornece indicações gerais para cirurgia bariátrica. Apresenta como precauções para indicação da cirurgia: não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo; compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo; ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou quadros demenciais graves ou moderados. A equipe multidisciplinar deve contar com psiquiatra e psicólogo¹⁴.

Os profissionais de saúde comportamental (por exemplo, psicologia, serviço social, psiquiatria, enfermagem psiquiátrica etc.) são, em virtude de sua formação especializada, os mais qualificados para avaliar os domínios comportamental, emocional, psicossocial e psiquiátrico¹¹.

Há uma prevalência de 57% de doença mental em pacientes procurando cirurgia bariátrica. O transtorno mental mais comum nessa população é a depressão, com prevalência de 19% (versus 7,1% na população em geral). Há evidências conflitantes em relação à associação entre depressão pré-operatória e perda de peso pós-operatória. Entretanto, a cirurgia bariátrica foi consistentemente associada a reduções pós-operatórias na prevalência e na gravidade da depressão. Estudos sugeriram que pode haver alguma deterioração na melhora da depressão após 1 a 3 anos^{12,15}.

A automutilação e o suicídio pós-cirurgia bariátrica têm atraído a atenção da literatura como uma complicação grave após a cirurgia para perda de peso¹⁶. A prevalência de autoagressão/ideação suicida é de 5,3% antes da cirurgia e 3,8% no primeiro ano após a cirurgia. Não há diferença significativa em relação a população geral, entretanto, existe um risco aumentado de suicídio e autoagressão não fatal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em comparação com pacientes tratados com modificação intensiva do estilo de vida. O aumento do risco de automutilação pós-cirúrgica foi atribuído principalmente a pacientes com diagnóstico de automutilação antes da cirurgia¹².

O transtorno da compulsão alimentar periódica deve ser diferenciado de outros comportamentos comuns relacionados à alimentação que podem ocorrer após a cirurgia (vômitos e dumping), e suspeitado em pacientes com perda de controle ou comer transtornado após a cirurgia¹⁶. Os transtornos alimentares ocorrem com maior frequência entre os pacientes que procuram a cirurgia bariátrica, entretanto, os comportamentos alimentares patológicos melhoram acentuadamente após a cirurgia bariátrica. Os comportamentos e transtornos alimentares pré-cirúrgicos não são relacionadas à perda ou recuperação de peso no pós cirúrgico. A perda de controle na alimentação após a cirurgia, a fome e a patologia alimentar são associadas a uma menor perda de peso. No entanto, essa correlação não demonstra causalidade; a patologia alimentar pós-cirurgia pode ser resultada da menor perda de peso, em vez da menor perda de peso ser resultado da patologia alimentar pós-cirúrgica^{12,15}.

Os pacientes submetidos à cirurgia RYGB podem desenvolver experimentar maior absorção de álcool e metabolismo mais lento do álcool. Isso pode aumentar o risco de direção prejudicada, perda de controle comportamental, deficiências nutricionais ou aumento do consumo calórico limitando a perda de peso¹⁶. Submeter-se a RYGB aumenta o risco de desenvolver um transtorno por uso de álcool e outras

substâncias, inclusive de medicamentos prescritos, como analgésicos opioides. Os psiquiatras envolvidos no cuidado da cirurgia bariátrica devem fornecer aos pacientes informações pré-cirúrgicas sobre possíveis mudanças na tolerância ao álcool, rastrear continuamente transtornos por uso de substâncias após a cirurgia e oferecer intervenções psicossociais precoces¹².

Após a cirurgia bariátrica, os pacientes relataram grau moderado de incomodo pelo excesso de pele, principalmente na cintura/abdômen, coxas e áreas corporais do tórax/seios. Apenas 11,2% dos pacientes se submetem a alguma cirurgia de contorno corporal, sendo o custo a principal barreira. Desejo de cirurgia de contorno corporal e insatisfação com a imagem corporal 4 a 5 anos após a cirurgia foram associados a escores de depressão mais altos e escores de qualidade de vida piores^{12,16}.

Entre as pacientes pré bariátrica femininas há uma prevalência de 32,3% de histórico de abuso sexual na infância. Nos homens, a taxa é menor do que na população geral. Entretanto, uma história de abuso sexual não foi significativamente relacionada a perda de peso ou reganho no *follow up* de 7 anos após cirurgia¹².

A perda de peso induzida pela cirurgia bariátrica pode influenciar as relações interpessoais. Quanto maior a perda de peso, maior a probabilidade de mudança no status do relacionamento. Isso pode estar associado ao aumento da tensão em relacionamentos já vulneráveis ou a melhorias que capacitam os pacientes a deixar relacionamentos prejudiciais. Os pacientes podem ser aconselhados sobre como os relacionamentos podem mudar após a cirurgia bariátrica. Em relação ao trabalho, após a cirurgia bariátrica, os pacientes mantêm o status de trabalho, mas diminuem o comprometimento por causa da saúde durante o trabalho. Após a cirurgia bariátrica, os pacientes apresentam melhora em domínios neurocognitivos, incluindo memória e função executiva¹².

Entre aqueles que não estavam satisfeitos com sua vida sexual antes da cirurgia, 56,0% das mulheres e 49,2% dos homens experimentaram melhorias clinicamente significativas no primeiro ano após cirurgia. Entretanto, houve alguma deterioração das melhorias em domínios específicos da vida sexual ao longo do tempo¹².

A maioria dos candidatos à cirurgia bariátrica apresenta baixos níveis de atividade física. A cirurgia bariátrica resulta em aumento dos níveis de atividade física nos primeiros três anos de acompanhamento. A atividade física pré-operatória é o

preditor mais forte de atividade física pós-operatória. Níveis mais altos de atividade física no primeiro ano foram associados a maior perda de peso¹².

Há uma melhora na qualidade de vida relacionada à saúde após a cirurgia bariátrica. As melhorias máximas nos resultados da qualidade de vida relacionada à saúde ocorrem durante o primeiro ano de acompanhamento¹².

Um número crescente de autores vem criticando a exigência de avaliação psicossocial pré-operatória para todos os pacientes buscando cirurgia bariátrica. Argumentam que outras cirurgias, como amputações e mastectomia não necessitam dessa avaliação; que a evolução psicossocial pré-operatória não possui valor preditivo para os desfechos pós-operatórios da cirurgia bariátrica; que a obesidade não tem uma patogenia primariamente psicológica e sim multifatorial; e que a redução da psicopatologia após a perda de peso pela cirurgia bariátrica sugere que a maior parte da psicopatologia é consequência e não causa da obesidade mórbida¹².

Apesar da avaliação de saúde mental pré-operatória do paciente submetido a cirurgia bariátrica estar bastante presente na prática clínica, as diretrizes empíricas padronizadas ainda são escassas¹¹. A produção de diretrizes de prática clínica confiáveis exige uma revisão sistemática que selecione a melhor evidência disponível, a avaliação rigorosa da qualidade da evidência e a incorporação de fatores além da evidência para transformar a evidência em uma decisão clínica¹⁷.

JUSTIFICATIVA

A obesidade é uma doença bastante prevalente mundialmente e com alto impacto na morbidade e mortalidade. Atualmente, a cirurgia bariátrica permanece como uma das opções mais eficazes e de maior impacto no seu tratamento. Preconiza-se a avaliação psicossocial como parte do programa de atendimento pré-cirurgia bariátrica, porém as diretrizes empíricas padronizadas ainda são escassas. Este estudo baseia-se na ideia de unir questões de grande relevância na saúde pública - o manejo de questões de saúde mental em pacientes obesos submetidos a cirurgia bariátrica em ambulatório especializado do Sistema Único de Saúde, oferecendo um fluxograma de atendimento baseado na revisão da literatura mais atual e em medidas de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Descrever o fluxograma de avaliação psicossocial do paciente candidato à cirurgia bariátrica no Ambulatório de Psiquiatria Pré-Operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Objetivos Secundários

- Revisar os modelos de avaliação da saúde mental do paciente submetido a cirurgia bariátrica existentes na literatura.
- Introduzir medidas de avaliação através da inclusão de escalas padronizadas e validadas para essa população no modelo de atendimento.
- Organizar o fluxograma de avaliação da saúde mental do paciente no Programa de Cirurgia Bariátrica no Ambulatório de Psiquiatria Pré-Operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de desenvolvimento formulado por uma revisão abrangente de literatura com seleção da melhor evidência disponível, avaliação rigorosa da qualidade da evidência e a incorporação de fatores além da evidência, para transformá-la em uma decisão clínica. Apresentado na forma de um fluxograma, criado a partir de um modelo de cuidado e implementado no Ambulatório de Psiquiatria Pré Operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

A revisão abrangente na literatura nacional e internacional foi conduzida usando as plataformas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, via *PubMed*, e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* com a busca de estudos em língua inglesa publicados nos últimos 10 anos (janeiro de 2012 a setembro de 2022). Usou-se as seguintes palavras-chaves em combinação na busca: “bariatric surgery” OR “weight loss surgery” AND “psychiatry”, “psychology”, “psychiatry evaluation”, “psychology evaluation”, “psychological treatment”, “psychiatric treatment”, “psychosocial assessment”, “psychosocial evaluation”. Os artigos foram selecionados baseados na relevância do estudo e na qualidade da evidência. Os critérios de inclusão foram: (1) Apresenta descrição de um modelo avaliação psicológica, psiquiátrica ou psicossocial do paciente em busca de cirurgia

bariátrica; (2) Apresenta descrição de medidas de cuidado usadas na avaliação psicológica, psiquiátrica ou psicossocial do paciente em busca de cirurgia bariátrica; (3) Apresenta modelo de entrevista estruturada para avaliação psicológica, psiquiátrica ou psicossocial do paciente em busca de cirurgia bariátrica; (4) Possui texto completo disponível na base de dados. Um total de 95 artigos foram identificados, dos quais 20 artigos foram usados na revisão compreensiva da literatura e construção do fluxograma.

RESULTADOS

Os artigos utilizados na revisão compreensiva da literatura (tabelas 1 e 2) para elaboração do fluxograma provém em sua maioria dos Estados Unidos (n=11) e Canadá (n=5). Também foram elencados artigos da Índia (n=1), Itália (n=1) e Brasil (n=2).

Tabela 1 – Descrição dos artigos utilizados na elaboração do fluxograma.

Autores	País de origem	Ano de publicação	Objetivo principal
FLORES ²⁵	BRASIL	2014	Avaliação psicológica pré cirurgia bariátrica.
ROULEAU <i>et al.</i> ²⁸	CANADÁ	2014	Aspectos éticos na avaliação psicossocial de candidatos a cirurgia bariátrica.
EDWARDS-HAMPTON & WEDIN ²⁶	EUA	2015	Avaliação psicológica pré cirurgia bariátrica.
KALARCHIAN & MARCUS ⁴¹	EUA	2015	Intervenções psicossociais pré e pós cirurgia bariátrica.
SOGG & FRIEDMAN ²⁷	EUA	2015	Avaliação psicossocial pré cirurgia bariátrica.
ROERIG & STEFFEN ³⁷	EUA	2015	Psicofarmacologia e cirurgia bariátrica.
MAREK <i>et al.</i> ³¹	EUA	2016	Instrumentos para uso na avaliação psicológica pré cirurgia bariátrica.
SOGG <i>et al.</i> ¹¹	EUA	2016	Avaliação psicossocial pré cirurgia bariátrica.
SOCKALINGAM <i>et al.</i> ¹⁶	CANADÁ	2017	Cirurgia bariátrica e cuidado psiquiátrico.
DAVID <i>et al.</i> ⁴²	CANADÁ	2019	Intervenções psicossociais pré e pós cirurgia bariátrica.
MORLEDGE & PORIES ¹²	EUA	2020	Saúde mental na cirurgia bariátrica.
SOCKALINGAM <i>et al.</i> ³⁹	CANADÁ	2020	Manejo psiquiátrico de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.

VAISHNAV <i>et al.</i> ²⁹	ÍNDIA	2022	Intervenção psiquiátrica pré e pós cirurgia bariátrica.
TROISI ⁴³	ITÁLIA	2022	Psiquiatria bariátrica como nova subespecialidade.

Fonte: Autores (2022).

Tabela 2 – Instrumentos de entrevista psicossocial na avaliação pré cirurgia bariátrica.

Autores	País de origem	Ano de publicação	Instrumento
SOGG & MORI ³²	EUA	2004	The Boston Interview for Gastric Bypass
MAHONY ³³	EUA	2011	PsyBari
CORSICA <i>et al.</i> ³⁵	EUA	2012	The Revised Master Questionnaire
COUGHLIN <i>et al.</i> ³⁴	EUA	2013	The WATCH
THIARA <i>et al.</i> ³⁰	CANADA	2016	Toronto Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale
GHIZONI <i>et al.</i> ³⁶	BRASIL	2022	BariTest

Fonte: Autores (2022).

O Fluxograma

Com base na revisão da literatura, estruturamos o fluxograma em quatro aspectos principais (figura 1):

1) NÍVEL DE PREPARO:

(A) **Conhecimento e compreensão do processo de ganho de peso:** obter uma histórica compreensiva da trajetória do peso do paciente ao longo do tempo, incluindo tentativas de perda de peso anteriores. Isso ajuda a compreender fatores ambientais e psicológicos associados. Também permite ao avaliador obter informações sobre os tipos de intervenções tentadas, duração, fatores que ajudaram ou prejudicaram a aderência.

(B) **Compreensão da cirurgia, seus riscos e benefícios, incluindo complicações importantes e impactos no estilo de vida:** é importante que o paciente entenda que o desfecho da cirurgia é variável e fortemente dependente da implementação consistente das mudanças de estilo de vida recomendadas. O paciente deveria ser capaz de verbalizar um entendimento da necessidade de ser um participante ativo do próprio cuidado e comprometimento com a aderência as orientações no pós-cirúrgico. Se necessário, o paciente deve ser encorajado a conversar com os demais membros da equipe multidisciplinar para esclarecer dúvidas, revisar material online ou leituras complementares sobre o assunto.

(C) **Disposição, motivação e mudança do estilo de vida:** averiguar se o paciente possui expectativas irreais sobre o quanto a perda de peso vai mudar sua

vida ou resolver problemas psicossociais pré-existentes. Pode ser aplicada a técnica de entrevista motivacional, utilizando estratégias de resolução de problemas para superar as barreiras para aderência a mudança do estilo de vida no pré-operatório.

(D) **Concordância e adesão ao programa de avaliação pré-operatório da cirurgia bariátrica:** avaliar histórico de aderência ao programa atual e anteriores se existentes. Explicar a razão de existir recomendações comportamentais específicas, através da psicoeducação. Se baixa adesão atual ou prévia for detectada, sugere-se intervenção extra pelos membros da equipe multidisciplinar e se necessário, acionar a ajuda de um parente ou amigo para facilitar a aderência.

(E) **Habilidade para atender as consultas de seguimento, manejar cuidados necessário e cumprir as demandas pós-cirúrgicas:** se paciente não conseguir suprir as demandas, pode ser necessário investigar se sua estrutura da rede de suporte conseguirá abarcar as demandas. Se a questão for o acesso aos atendimentos (por exemplo, não conseguir vir ao hospital por falta de passagens) deve-se garantir que o paciente esteja em seguimento com o serviço social, parte da equipe multidisciplinar de atendimento.

2) SUPORTE SOCIAL:

Se detectado vulnerabilidade: garantir seguimento com Serviço Social e retornos mais próximos.

(A) **Avaliar a disponibilidade, qualidade e funcionamento de uma rede de apoio social:** investigar se familiares e amigos apoiam a decisão do paciente a se submeter a cirurgia. Avaliar qualidade dos relacionamentos com familiares, amigos, companheiros e a comunidade. Avaliar acesso a rede de saúde e recursos da comunidade. Solicitar que um familiar próximo compareça a avaliação para anamnese objetiva.

(B) **Planejamento financeiro, emprego e habitação:** investigar se o paciente possui renda suficiente para compra de vitaminas e suplementos necessários no pós-operatório. Investigar situação de emprego, renda do paciente e habitação, se é principal provedor da casa, se haverá rendimentos quando estiver em recuperação pós-cirurgia.

(C) **Impacto da perda de peso nos relacionamentos e fontes potenciais de estressores:** solicitar ao paciente para antecipar como a perda de peso pode afetar seus relacionamentos pode permitir a identificação e prevenção de possíveis conflitos no relacionamento no pós-cirúrgico. Se detectado possíveis agentes “sabotadores” ou

dificuldades no relacionamento, deve-se oferecer atendimento em conjunto do paciente e esse familiar ou cônjuge para manejo dos conflitos. Identificar junto ao paciente possíveis problemas e fontes de estresse no pós cirúrgico – relacionados ao trabalho, tratamento, mudanças na dinâmica dos relacionamentos etc. Deve-se planejar com o paciente estratégias de prevenção desses fatores e preparação para a mudança.

3) SAÚDE MENTAL:

Mais do que avaliar o estado de saúde do paciente, o objetivo principal desta seção é determinar o quão bem-informado o paciente está sobre sua condição médica e seu tratamento, principalmente. Ao obter essas informações, o avaliador pode ter uma noção da capacidade do paciente de compreender e cumprir os tratamentos propostos.

(A) **Psicopatologia, exame do estado mental, duração da estabilidade e da funcionalidade, ideação suicida atual ou prévia:** além do diagnóstico, avaliar tempo de estabilidade e funcionalidade. Avaliar o impacto desses aspectos na aderência ao tratamento e no autocuidado (ex. fobia social prejudicando adesão a grupos, transtorno do pânico interferindo no atendimento a consultas médicas). Para *screening* de depressão, pode ser usado o Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)¹⁸.

(B) **Tratamento:** Instituir tratamento farmacológico, psicoterápico e seguimento quando indicado. Investigar uso de psicofármacos e realizar ajuste do tratamento quando indicado. Solicitar e registrar nível sérico dos psicofármacos para comparação no pós-cirúrgico na suspeita de intoxicação. Quando o tratamento for iniciado durante avaliação, garantir o seguimento externo no pós-cirúrgico através de encaminhamento na rede de saúde mental.

(C) **Histórico de doença psiquiátrica:** pode ser necessário contatar o profissional externo em seguimento e garantir o seguimento externo no pós-cirúrgico na rede de saúde mental.

(D) **Desenvolvimento e história familiar:** eventos de vida notáveis ou significantes, histórico de trauma sexual, separação familiar e dificuldades de aprendizagem.

(E) **Funcionamento cognitivo:** investigar capacidade de compreensão, decisão e autogerência. Se presença de transtorno de déficit de atenção, avaliar o funcionamento executivo (planejamento, organização, controle de impulsos). Se

necessário, expandir entrevista com familiares. Avaliação objetiva de déficit cognitivo pode ser necessária.

(F) **Traços e transtornos de personalidade:** alguns traços da personalidade podem representar maiores dificuldades na adaptação psicossocial no pós-cirúrgico e gerar desafios para equipe assistente. Sugere-se formular recomendações para ajudar paciente e outros cuidadores no manejo, aumentar rede suporte e oferecer tratamento psicoterápico.

(G) **Estressores agudos e crônicos:** avaliar o impacto do estresse no funcionamento, estabilidade do paciente e capacidade de aderência às recomendações pós-cirúrgicas. A presença de um estresse grave ou agudo exige maior suporte por parte da equipe multidisciplinar e até mesmo considerar adiar a cirurgia até o estressor estar resolvido ou em melhor controle.

(H) **Transtornos alimentares atuais e/ou prévios:** avaliar a presença e histórico de Compulsão Alimentar, Síndrome do Comer Noturno, Anorexia Nervosa, comportamentos compensatórios (purgação, vômito autoinduzido, mal-uso de laxativos, diuréticos ou enemas, jejum extenso, exercícios excessivos). Para avaliação da Compulsão Alimentar pode-se usar a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)¹⁹. Para avaliação da Síndrome do Comer Noturno pode-se usar o Night Eating Questionnaire (NEQ)²⁰. Se o transtorno for atual, encaminhar para atendimento na rede de saúde mental. Se for prévio, garantir seguimento psicológico pós-operatório na rede de saúde mental.

(I) **Comportamentos alimentares prejudiciais:** pular refeições, comer na ausência de fome, consumir grandes porções, obter muitas refeições fora de casa, fazer pequenos *snacks* comendo na cozinha em pé, comer enquanto cozinha ou prepara alimentos, comer muito rápido, beber grandes quantidades de líquidos calóricos, etc. Avaliar capacidade de planejar, organizar e iniciar comportamentos focados para objetivo. Realizar psicoeducação e encaminhar para psicoterapia se necessário.

(J) **Uso de substâncias psicoativas e uso abusivo de medicações:** investigar padrão de uso de substâncias psicoativas e medicações de uso controlado. Para *screening* do abuso de álcool pode ser usado o questionário Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)²¹. Se uso abusivo presente atualmente, encaminhar para tratamento no Ambulatório da Psiquiatria de Adições através de consultoria ambulatorial. Se uso abusivo for prévio (abstinência há pelo menos um

ano), garantir seguimento na rede de saúde mental no pós-cirúrgico. Psicoeducar sobre risco de adoção de comportamentos aditivos no pós-operatório e como buscar tratamento na rede de saúde mental.

(K) **Tabagismo**: iniciar tratamento e encaminhar para rede básica de saúde para acesso a psicofármacos e adesivos de nicotina, além de grupos de tabagismo, se disponível. Realizar psicoeducação sobre os riscos do tabagismo ao resultado e sucesso da cirurgia.

(L) **Atividade física**: investigar barreiras físicas, logísticas e psicológicas para a adesão a atividades físicas. Planejar com o paciente estratégias para facilitar a adesão a atividade física consistente antes e após cirurgia.

4) **Características individuais**:

(A) **Regulação emocional**: importante avaliar mecanismos que o paciente utiliza e dificuldades na regulação emocional. O paciente pode apresentar o comer emocional como forma de manejar emoções. É uma oportunidade para oferecer ao paciente acesso a tratamento em psicoterapia.

(B) **Viés de resposta e veracidade**: durante a avaliação, o paciente pode procurar responder às perguntas de forma a obter o resultado que espera, ou seja, a liberação para o procedimento. O paciente pode inferir que se comunicar sintomas isso cancelará o procedimento. Para evitar que isso ocorra, é importante que o avaliador esclareça ao paciente o caráter preparatório dessa avaliação que tem como objetivo o melhor desfecho cirúrgico.

(C) **Expectativas**: avaliar expectativas sobre quantidade de peso que irão perder após a cirurgia. Psicoeducar o paciente sobre perda de peso esperada para que possa decidir pela cirurgia assumindo riscos que considera aceitável em relação a perda de peso. O paciente que possui expectativas irreais de perda de peso pode assumir riscos cirúrgicos que não aceitaria se estiver informado sobre a perda de peso esperada. Além disso, sugere-se abordar a ocorrência de pele em excesso após cirurgia e a limitação do acesso a cirurgia reparadora através do programa, uma vez que esses pacientes já possuem problemas importantes de autoimagem.

(D) **Impacto do peso na qualidade de vida**: pode fornecer melhor entendimento dos motivos que fizeram o paciente a buscar pela cirurgia bariátrica e implicações nas suas expectativas dos resultados pós-cirúrgico. Pode ser avaliada através da versão traduzida e validada para o português brasileiro da escala *The World Health Organization Quality of Life abreviado (WHOQOL-bref)*²².

São contraindicações absolutas a cirurgia bariátrica:

1) **Tabagismo** ativo apesar de repetidas instruções para cessar, aconselhamento, programas de suporte e tratamento;

2) **Transtorno de uso ou uso problemático de substâncias** psicoativas apesar das tentativas de cessar, aconselhamento, programas de suporte ou tratamento; é necessário um ano de abstinência para prosseguir com a cirurgia.

3) **Doença psiquiátrica** ativa não controlada ou severa apesar de tratamento otimizado e sendo improvável que melhore para um nível aceitável dentro de um prazo razoável através de aconselhamento, programas de suporte ou tratamento. Isso inclui transtornos de personalidade com instabilidade emocional.

4) **Ideação suicida atual ou recente.**

5) **Prejuízo no funcionamento cognitivo** em indivíduos com suporte de longo prazo insuficiente para a carga adicional de cuidados gerada pela cirurgia e as modificações do estilo de vida necessárias.

As contraindicações relativas incluem: falta de entendimento sobre os riscos, benefícios e resultados do procedimento cirúrgico; relutância em aderir às recomendações pós-operatórias; múltiplas tentativas de suicídio ou uma tentativa recente de suicídio; sintomas ativos de transtorno psiquiátrico sem tratamento; estressores graves da vida; tabagismo sem tratamento; transtorno do uso de substâncias ou uso abusivo de substâncias psicoativas sem tratamento.

São consideradas contraindicações absolutas ao procedimento do ponto de vista psicossocial: transtorno por uso de substância ativa ou uso problemático de substância - uso problemático contínuo de substância conforme demonstrado por autorrelato ou toxicologia urinária positiva, isso ocorre apesar das tentativas de parar por meio de aconselhamento ou outros apoios do programa ou referências externas; doença psiquiátrica ativa não controlada/grave - doença psiquiátrica inadequadamente controlada ou grave na sua natureza, apesar do tratamento ótimo; é improvável que isso resolva ou melhore para um nível aceitável dentro de um prazo razoável com aconselhamento ou outros apoios do programa ou de referências externa; funcionamento cognitivo prejudicado - comprometimento do funcionamento cognitivo em indivíduos com insuficientes apoios de longo prazo para mitigar a carga adicional de cuidados colocada pela cirurgia e modificações necessárias no estilo de vida.

O tabagismo ativo não é contraindicação absoluta. Deve-se avaliar gravidade do uso e do comportamento, tentativas de tratamento e discutir o caso com equipe multidisciplinar.

Na presença de contraindicações deve-se avaliar se são relativas (provável melhora para um nível aceitável dentro de um prazo razoável através de aconselhamento, programas de suporte ou tratamento) ou absolutas. Se absoluta, contraindica-se a cirurgia e o paciente deve ser encaminhado para seguimento na rede básica de saúde conforme necessidades (saúde mental, comorbidades, etc). Se relativas, é organizado o aconselhamento, programas de suporte ou tratamento. Cumpridas as etapas de avaliação, incluindo anamnese objetiva com familiar, se contraindicações ausentes, o paciente é liberado para cirurgia. Se detectadas vulnerabilidades que podem influenciar os resultados no pós cirúrgico, deve-se garantir o seguimento do paciente na rede de saúde mental. Além disso, orientar na nota de alta que a equipe assistente pode solicitar nova avaliação em qualquer etapa do programa.

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL



Figura 1 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.
Fonte: Autores (2022).

A CONHECIMENTO E COMPREENSÃO DO PROCESSO DE GANHO DE PESO

- Histórico de peso
- Fatores ambientais e psicológicos que contribuíram
- Tipos de tratamentos já realizados
- Duração de aderência a tratamentos
- Fatores que ajudaram aderência a tratamentos
- Barreiras para manter mudança comportamental

B COMPREENSÃO DA CIRURGIA, SEUS RISCOS E BENEFÍCIOS, INCLUINDO COMPLICAÇÕES IMPORTANTES E IMPACTOS NO ESTILO DE VIDA

- Conhecimento sobre procedimento cirúrgico, riscos, benefícios e regime pós-cirúrgico
- O desfecho da cirurgia é variável e fortemente dependente da implementação consistente das mudanças de estilo de vida recomendadas
- Paciente deve verbalizar um entendimento de ser um participante ativo do próprio cuidado e à aderência às orientações no pós-cirúrgico
- Encorajar a esclarecer dúvidas com equipe multidisciplinar e acessar fontes de informação confiáveis

C DISPOSIÇÃO, MOTIVAÇÃO E MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA NA PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA:

- Averiguar se o paciente possui expectativas irreais sobre o quanto a perda de peso vai mudar sua vida ou resolver problemas psicossociais pré-existentes
- Entrevista motivacional
- Adotar estratégias de resolução de problemas para superar as barreiras para aderência a mudança do estilo de vida no pré-operatório

D CONCORDÂNCIA E ADESÃO AO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

- Avaliar histórico de aderência ao programa atual e anteriores.
- Explicar razão de existir recomendações comportamentais específicas
- Se detectado baixa adesão atual ou prévia, fazer intervenções extra pelos membros da equipe multidisciplinar, retornos mais frequentes e acionar ajuda de familiar ou amigo para facilitar a aderência

E HABILIDADE PARA ATENDER AS CONSULTAS DE SEGUIMENTO, MANEJAR CUIDADOS NECESSÁRIO E CUMPRIR AS DEMANDAS PÓS-CIRÚRGICAS

- Se o paciente não conseguir suprir demandas, investigar se rede de suporte conseguirá abarcar as demandas
- Se o paciente possuir dificuldade de acesso aos atendimentos (por exemplo, não conseguir vir ao hospital por falta de passagens), deve-se garantir que o paciente esteja em seguimento com o Serviço Social

Figura 2 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.
Fonte: Autores (2022).

Se detectado vulnerabilidade: garantir seguimento com Serviço Social e retornos mais próximos.

A AVALIAR A DISPONIBILIDADE, QUALIDADE E FUNCIONAMENTO DE UMA REDE DE APOIO SOCIAL

- Investigar se familiares, relacionamento afetivo, amigos, colegas apoiam a decisão do paciente
- Avaliar qualidade dos relacionamentos com familiares, amigos, companheiros e a comunidade
- Acesso a rede de saúde
- Acesso a recursos da comunidade
- Solicitar que um familiar próximo compareça a avaliação para anamnese objetiva

B PLANEJAMENTO FINANCEIRO, EMPREGO E HABITAÇÃO

- Investigar se o paciente possui renda suficiente para compra de vitaminas e suplementos necessários no pós-operatório
- Investigar situação de emprego, renda do paciente e habitação, se é principal provedor da casa, se haverá rendimentos quando estiver em recuperação pós-cirurgia

C IMPACTO DA PERDA DE PESO NOS RELACIONAMENTOS E FONTES POTENCIAIS DE ESTRESSORES

- Solicitar ao paciente para antecipar como a perda de peso pode afetar seus relacionamentos
- Se detectado possíveis agentes "sabotadores" ou dificuldades no relacionamento, deve-se oferecer atendimento em conjunto do paciente e esse familiar ou cônjuge para manejo dos conflitos
- Identificar junto ao paciente possíveis problemas e fontes de estresse no pós cirúrgico
- Deve-se planejar com o paciente estratégias de prevenção desses fatores e preparação para a mudança

A PSICOPATOLOGIA, EXAME DO ESTADO MENTAL, DURAÇÃO DA ESTABILIDADE E DA FUNCIONALIDADE, IDEIAÇÃO SUICIDA ATUAL OU PRÉVIA

- Psicopatologia e exame do estado mental
- Estabilidade e por quanto tempo
- Sintomas estão sendo bem manejados
- Tratamento atual está adequado
- Impacto na aderência e autocuidado (ex. fobia social prejudicando adesão a grupos, transtorno do pânico interferindo no atendimento a consultas médicas)
- Extensão do comprometimento da funcionalidade
- Ideação suicida atual ou prévia

>> Para *screening* de depressão, pode ser usado o **Questionário Sobre a**

Saúde do Paciente- 9 (PHQ-9)

B TRATAMENTO

- Instituir tratamento farmacológico, psicoterápico e seguimento quando indicado
- Investigar uso de psicofármacos atual e prévio e realizar ajuste do tratamento quando indicado
- Solicitar e registrar nível sérico dos psicofármacos para comparação no pós-cirúrgico na suspeita de intoxicação
- Quando o tratamento for iniciado durante avaliação, garantir o seguimento externo no pós-cirúrgico através de encaminhamento na rede de saúde mental

C HISTÓRICO DE DOENÇA PSIQUIÁTRICA

- Histórico de doença psiquiátrica
- Tratamentos prévios
- Hospitalizações
- Ideação e tentativas de suicídio prévias
- Pode ser necessário contatar o profissional externo em seguimento e garantir o seguimento externo no pós-cirúrgico na rede de saúde mental

D DESENVOLVIMENTO E HISTÓRICO FAMILIAR

- Eventos de vida notáveis ou significantes, histórico de trauma sexual, separação familiar e dificuldades de aprendizagem
- Histórico familiar de doença psiquiátrica

Figura 4 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.

Fonte: Autores (2022).

E FUNCIONAMENTO COGNITIVO

- Capacidade de compreensão, decisão e autogerência: nos casos que houver preocupação sobre a capacidade de prover consentimento informado, autocuidado no pós-cirúrgico ou se a aderência não é clara, deve-se coletar informação de fontes colaterais sobre capacidade de manejar demandas da vida diária e atestar se há suporte adequado
- TDAH - avaliar o funcionamento executivo (planejamento, organização, controle de impulsos)

F TRAÇOS E TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

- Alguns traços da personalidade podem representar maiores dificuldades na adaptação psicossocial no pós-cirúrgico e gerar desafios para equipe assistente
- Recomenda-se formular orientações para ajudar paciente e equipe envolvida no cuidado, aumentar rede de suporte e oferecer tratamento psicoterápico

G ESTRESSORES AGUDOS E CRÔNICOS

- Avaliar o impacto do estresse no funcionamento, estabilidade do paciente e capacidade de aderência às recomendações pós-cirúrgicas
- A presença de um estresse grave ou agudo exige maior suporte por parte da equipe multidisciplinar e até mesmo considerar adiar a cirurgia até o estressor estar resolvido ou em melhor controle

H TRANSTORNOS ALIMENTARES ATUAIS E/OU PRÉVIOS

- Avaliar a presença e histórico de Compulsão Alimentar, Síndrome do Comer Noturno, Anorexia Nervosa, comportamentos compensatórios (purgação, vômito autoinduzido, mal-uso de laxativos, diuréticos ou enemas, jejum extenso, exercícios excessivos)
- Se o transtorno for atual, encaminhar para atendimento na rede de saúde mental. Se for prévio, garantir seguimento psicológico pós-operatório na rede de saúde mental
 - >> Para avaliação da Compulsão Alimentar pode-se usar a **Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)**
 - >> Para avaliação da Síndrome do Comer Noturno pode-se usar o **Night Eating Questionnaire (NEQ)**

Figura 5 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.
Fonte: Autores (2022).

I COMPORTAMENTOS ALIMENTARES PREJUDICIAIS

- Pular refeições, comer sem fome, consumir grandes porções, comer várias refeições fora de casa, fazer pequenos snacks comendo na cozinha em pé, comer enquanto cozinha ou prepara alimentos, comer muito rápido, beber grandes quantidades de líquidos calóricos, etc.
- Avaliar capacidade de planejar, organizar e iniciar comportamentos focados para objetivo
- Realizar psicoeducação e encaminhar para psicoterapia se necessário

J USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E USO ABUSIVO DE MEDICAÇÕES

- Padrão de uso atual e prévio
- Se abuso/dependência atual, encaminhar para ambulatório AD/CAPS AD (podem realizar toxicológico)
- Se abuso/dependência for prévio (abstinência há pelo menos um ano), garantir seguimento na rede de saúde mental no pós-cirúrgico.
- Psicoeducar sobre risco de adoção de comportamentos aditivos no pós-operatório e como buscar tratamento na rede de saúde mental.

>> Para *screening* do abuso de álcool pode ser usado o questionário **Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)**

K TABAGISMO

- Iniciar tratamento e encaminhar para rede básica de saúde para acesso a psicofármacos e adesivos de nicotina, além de grupos de tabagismo, se disponível.
- Realizar psicoeducação sobre os riscos do tabagismo ao resultado e sucesso da cirurgia (cicatrização, infecção, etc).

L ATIVIDADE FÍSICA

- Investigar barreiras físicas, logísticas e psicológicas para a adesão a atividades físicas.
- Planejar com o paciente estratégias para facilitar a adesão a atividade física consistente antes e após cirurgia - entrevista motivacional e resolução de problemas.

A REGULAÇÃO EMOCIONAL

- Avaliar mecanismos que o paciente utiliza e dificuldades na regulação emocional (o paciente pode apresentar o comer emocional como forma de manejar emoções)
- É uma oportunidade para oferecer ao paciente acesso a tratamento em psicoterapia

B VIÉS DE RESPOSTA E VERACIDADE

- Durante a avaliação, o paciente pode procurar responder às perguntas de forma a obter o resultado que espera, ou seja, a liberação para o procedimento
- O paciente pode inferir que se comunicar sintomas isso irá cancelar o procedimento
- Para evitar que isso ocorra, é importante que o avaliador esclareça ao paciente o caráter preparatório dessa avaliação que tem como objetivo o melhor desfecho cirúrgico

C EXPECTATIVAS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

- Avaliar expectativas sobre quantidade de peso que irão perder após a cirurgia
- Psicoeducar o paciente sobre perda de peso esperada para que possa decidir pela cirurgia assumindo riscos que considera aceitável em relação a perda de peso (o paciente que possui expectativas irreais de perda de peso pode assumir riscos cirúrgicos que não aceitaria se estiver informado sobre a perda de peso esperada)
- Sugere-se abordar a ocorrência de pele em excesso após cirurgia e a limitação do acesso a cirurgia reparadora através do programa, uma vez que esses pacientes já possuem problemas importantes de autoimagem

D QUALIDADE DE VIDA

- Avaliar o impacto do peso na qualidade de vida pode fornecer melhor entendimento dos motivos que fizeram o paciente a buscar pela cirurgia bariátrica e implicações nas suas expectativas dos resultados pós-cirúrgico
>> Pode ser avaliada através da versão traduzida e validada para o português brasileiro da escala **The World Health Organization Quality of Life abreviado (WHOQOL-bref)**

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

TABAGISMO ATIVO

- 1) Apesar de repetidas instruções para parar de fumar.
- 2) Apesar das tentativas de parar através de aconselhamento, programas de suporte ou tratamento na rede básica.

TUS ATIVO OU USO PROBLEMÁTICO DE SPA

- 1) Conforme demonstrado por autorrelato ou toxicológico de urina positivo.
- 2) Apesar das tentativas de parar através de aconselhamento, programas de suporte ou tratamento na rede de saúde mental.

DOENÇA PSIQUIÁTRICA ATIVA NÃO CONTROLADA OU SEVERA EM SUA NATUREZA

- 1) Apesar de tratamento otimizado.
- 2) É improvável que isso resolva ou melhore para um nível aceitável dentro de um prazo razoável através de aconselhamento, programas de suporte ou tratamento na rede de saúde mental.

**inclui transtornos de personalidade com instabilidade emocional*

IDEAÇÃO SUICIDA ATUAL OU RECENTE

PREJUÍZO NO FUNCIONAMENTO COGNITIVO

- 1) Em indivíduos com suportes de longo prazo Insuficientes para suprir a carga adicional de cuidados gerada pela cirurgia e as modificações do estilo de vida necessárias.

Figura 8 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.
Fonte: Autores (2022).

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

Falta de entendimento sobre os riscos, benefícios e resultados do procedimento cirúrgico
Relutância em aderir às recomendações pós-operatórias
Múltiplas tentativas de suicídio ou uma tentativa recente de suicídio
Sintomas ativos de transtorno psiquiátrico sem tratamento
Estressores graves da vida
Tabagismo sem tratamento
TUS ou uso abusivo de substâncias psicoativas sem tratamento

Figura 9 - Fluxograma de avaliação em saúde mental do paciente no programa de cirurgia bariátrica.
Fonte: Autores (2022).

DISCUSSÃO

Pacientes com comorbidade psiquiátrica podem se submeter com segurança à cirurgia bariátrica com sucesso equivalente. Apresentam percentual semelhante de perda de excesso de peso nos dois anos após cirurgia bariátrica, apesar da presença de comorbidade psiquiátrica bem controlada²³. Entretanto há ressalvas, uma vez que pacientes com diagnóstico pré-operatório de depressão unipolar ou bipolar grave, ansiedade grave, espectros psicóticos ou de esquizofrenia tem mais visitas a emergência e dias de hospitalização após a cirurgia¹².

Os estudos incluídos na revisão de David et al. (2019)⁴² sugerem que os pacientes bariátricos estão satisfeitos com as intervenções psicossociais que receberam e as consideram úteis.

Uma limitação das pesquisas anteriores nessa área é que a abordagem da avaliação psicológica de pacientes bariátricos não é padronizada, resultando em heterogeneidade de dados, definições e medidas de interesse. Ao longo dos anos, autores tem feito tentativas de estruturar uma avaliação padronizada, mas muitas vezes elas incluem uma entrevista clínica longa, que é demorada e associada à falta de progressão do paciente para a cirurgia. Com essa impraticabilidade de uso, apenas uma minoria das avaliações psicossociais pré-operatórias inclui testes escritos formais¹². Sem um protocolo a ser seguido, não há consistência quanto aos aspectos centrais da avaliação, sua duração, quais recursos empregar, o que avaliar, quem envolver no processo, quais contraindicações são absolutas e outros aspectos²⁵. Sendo assim, este trabalho apresenta uma compilação da melhor literatura no assunto junto a prática clínica de nosso ambulatório, com orientações de fácil investigação e aplicação.

Edwards-Hampton & Wedin (2015)²⁶ citam como principais desafios a serem enfrentados na avaliação psicológica pré cirurgia bariátrica a presença de comportamentos alimentares mal adaptativos, comorbidades psiquiátricas, abuso/uso de álcool, e particularidades de populações especiais (adolescentes, vulnerabilidades cognitivas, idosos). As informações derivadas de avaliações psicossociais devem ser usadas para melhorar a compreensão dos agentes de saúde sobre os desafios e circunstâncias únicas dos pacientes, levando a uma maior empatia do agente e oportunidade para um plano de saúde individualizado. A investigação desses desafios foi incluída no fluxograma apresentado.

À medida que a conceituação do sucesso da cirurgia bariátrica evolui além dos resultados da perda de peso para abranger metas relacionadas ao ajuste e funcionamento psicossocial, bem como à qualidade de vida, as funções atendidas pela avaliação psicossocial para cirurgia bariátrica têm o potencial de evoluir e expandir²⁷. Hoje, a avaliação psicossocial tem como objetivo primário melhorar o desfecho cirúrgico¹¹. Seguindo as direções futuras no tratamento da obesidade, apresentamos um fluxograma que traz um enfoque psicossocial para além da psicopatologia.

Apesar da variabilidade no uso dos achados da avaliação em contextos da cirurgia bariátrica, há na literatura algum consenso sobre os domínios funcionais que devem ser avaliados por meio de entrevistas clínicas e testes psicológicos^{11,28}: investigar estabilidade de questões emocionais, psiquiátricas e cognitivas atuais e passadas que possam interferir no resultado da operação através de entrevistas clínicas e testes psicológicos (medida objetiva do ajustamento psicológico)^{25,28,29}.

Buscamos atingir em nosso fluxograma os diversos tópicos de avaliação sugeridos pela literatura. Deve-se avaliar o conhecimento e a compreensão do paciente sobre a cirurgia e as mudanças necessárias no estilo de vida^{11,25,28,29}; as expectativas em relação aos resultados^{25,28}; a capacidade de aderir e manejar as recomendações operatórias^{25,28,29}; comportamento alimentar e patologia alimentar^{11,25,28}; histórico de peso, tentativas atuais e passadas de perda de peso, dieta, atividade física^{11,25,28}; traços e transtornos de personalidade²⁹; nível de impulsividade²⁹; motivação para se submeter ao procedimento cirúrgico^{11,25,29}; suporte social^{11,28,31} e presença de ambiente estável e acolhedor²⁸; uso de substâncias^{28,31,32}; status socioeconômico²⁵; satisfação conjugal²⁵; funcionamento cognitivo^{25,29}; auto estima²⁵; história de trauma/abuso²⁵; estressores atuais^{11,25,29}; qualidade de vida^{11,25}; e tentativas de suicídio e ideação suicida^{25,29}.

Além disso, a avaliação psicossocial tenta melhorar a prontidão do paciente para a cirurgia e ajustes necessários após a cirurgia para perda de peso; aumentar o conhecimento do paciente sobre a cirurgia para perda de peso; aumentar o conhecimento do paciente sobre o regime comportamental pós-operatório; minimizar as barreiras para o resultado ideal da cirurgia para perda de peso; identificar e abordar potenciais desafios pós-operatórios; estabelecer conexão contínua do paciente com a saúde mental; contribuir com informações para a equipe bariátrica interdisciplinar; reduzir a carga clínica; gestão de riscos e responsabilidades; gerenciar o cuidado ao

paciente orientando a equipe interdisciplinar²⁷. Esses fatores podem levar a recomendação de manejo adicional ou intervenções antes ou depois da cirurgia e até mesmo pode contraindicar a cirurgia¹¹. É particularmente importante para o avaliador comunicar para o paciente que seu papel é de trabalhar com o paciente para ser capaz de proceder a cirurgia e garantir o melhor desfecho após. Isso vai ajudar a aumentar a disposição do paciente de ser aberto e espontâneo durante a avaliação. Estabelecer confiança e vínculo durante a avaliação inicial também pode aumentar a disposição do paciente para procurar suporte depois da cirurgia se problemas ocorrerem¹¹.

Assim como a prática de nosso serviço, incluímos a troca de informações com a equipe multidisciplinar, como parte do processo de avaliação dos casos que nos apresentam contraindicações relativas ou absolutas, sempre tornando o paciente parte desse processo, que sempre busca ser educativo, garantir o melhor desfecho cirúrgico e sucesso de evolução pós cirúrgica.

Na literatura, são fatores que podem adiar a cirurgia: a falta de entendimento sobre os riscos, benefícios e resultados do procedimento cirúrgico; uma relutância em aderir às recomendações pós-operatórias; múltiplas tentativas de suicídio ou uma tentativa recente de suicídio; sintomas ativos de transtorno psiquiátrico sem tratamento; estressores graves da vida; uso de nicotina ou abuso de substâncias psicoativas²⁵. Esses fatores foram adotados para o nosso fluxograma e prática clínica.

Já as contraindicações absolutas à cirurgia bariátrica são³⁰: tabagismo ativo - tabagismo contínuo apesar de repetidas instruções para parar de fumar (confirmado por autorrelato ou testes de nicotina positivos), continuou fumando apesar das tentativas de parar por meio de aconselhamento ou outros apoios do programa ou de referências externas; transtorno por uso de substância ativa ou uso problemático de substância - uso problemático contínuo de substância conforme demonstrado por autorrelato ou toxicologia urinária positiva, isso ocorre apesar das tentativas de parar por meio de aconselhamento ou outros apoios do programa ou referências externas; doença psiquiátrica ativa não controlada/grave - doença psiquiátrica inadequadamente controlada ou grave na sua natureza, apesar do tratamento ótimo; é improvável que isso resolva ou melhora para um nível aceitável dentro de um prazo razoável com aconselhamento ou outros apoios do programa ou de referências externa; funcionamento cognitivo prejudicado - comprometimento do funcionamento cognitivo em indivíduos com insuficientes apoios de longo prazo para mitigar a carga adicional de cuidados colocada pela cirurgia e modificações necessárias no estilo de

vida. Em nosso serviço e fluxograma, o tabagismo ativo não é considerado uma contraindicação absoluta. Orienta-se que em cada caso deve-se avaliar gravidade do uso e do comportamento, tentativas de tratamento e discutir o caso com equipe multidisciplinar, com decisão individual considerando a proteção do paciente e garantia do melhor desfecho cirúrgico.

O uso de instrumentos de avaliação psicológica que foram validados em ambientes de cirurgia bariátrica enriquecem a avaliação psicológica e fornecem caminhos adicionais para ajudar os pacientes a obter resultados cirúrgicos bem-sucedidos³¹. Alguns instrumentos incluem um ou mais índices de validade das respostas do paciente aos itens do teste. Essa é uma consideração importante, dada a tendência de alguns pacientes a se apresentarem de maneira excessivamente positiva e/ou minimizar o sofrimento psicológico por acreditarem que isso aumentará a probabilidade de serem indicados para cirurgia¹¹. No geral, a inclusão de um instrumento de avaliação da alimentação, humor e uso de substâncias são sugeridas como parte das avaliações pré cirurgia bariátrica³¹.

O *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF)*^{25,29,31} e o *Personality Assessment Inventory (PAI)*³¹ são inventários de sintomas recomendados para a prática devido ao suporte psicométrico desses instrumentos em ambientes de cirurgia bariátrica.

O *Eating Disorder Examination – Questionnaire Version (EDE-Q)*^{25,31}, a *Binge Eating Scale (BES)*^{25,29,31} ou *Night Eating Questionnaire (NEQ)*³¹ são recomendados para avaliar várias patologias e comportamentos relacionados à alimentação.

Medidas adicionais como o *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*^{12,29,31} e o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*³¹ podem fornecer informações sobre estado de depressão e uso de álcool³¹. Para avaliação da qualidade de vida pode-se utilizar a *The World Health Organization Quality of Life abreviado (WHOQOL-bref)*²⁹. As escalas BES¹⁹, NEQ²⁰, PHQ-9¹⁸, WHO-QOL-bref²² e AUDIT²¹ já foram validadas para a população brasileira.

Outras escalas citadas na literatura, mas não validadas para a população bariátrica são: o *Beck Depression Inventory*^{25,29}, o *Questionnaire of Eating and Weight Patterns*²⁹, o *Eating Disorder Inventory*²⁹, o *MOVE! Questionnaire*²⁹, a *Binge Eating Evaluation Scale*²⁹, a *General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)*^{12,29}, *Mini-mental state examination (MMSE)*²⁹, *Stress Coping Behavior Scale*²⁹, *Proactive Coping Inventory*²⁹,

a *Short Form Survey-36-items*¹². Entretanto, a maioria não foi validada para a população bariátrica ou para a língua portuguesa e cultura brasileira.

Existem ainda na literatura modelos de entrevistas estruturadas para avaliação psicossocial pré bariátrica, mas que precisam ser validadas para língua e cultura brasileira:

1) *The Boston Interview for Gastric Bypass*: organiza a informação em 7 maiores áreas de avaliação: 1) peso, histórico alimentar e nutricional; 2) comportamentos alimentares atuais; 3) histórico médico; 4) compreensão dos procedimentos cirúrgicos, riscos e regime pós-cirúrgico; 5) motivação e expectativas do resultado cirúrgico; 6) relacionamento e sistema de apoio; e 7) funcionamento psiquiátrico³². No entanto, esta ferramenta não passou por estudos de validação.

2) *PsyBari*: inclui 11 subescalas que medem construtos importantes em avaliações psicológicas pré-cirúrgicas - Escala de fingimento/minimização/negação; Escala de Motivação Cirúrgica; Escala de Comer Emocional; Escala de Raiva; Escala de Compulsão Alimentar; Escala de Depressão Relacionada à Obesidade; Escala de Deficiência Relacionada ao Peso; Escala de Comprometimento Social Relacionado ao Peso; Escala de Conhecimento da Restrição Alimentar Pós-Cirúrgica; Escala de Abuso de Substâncias/Álcool; Escala Cirúrgica de Ansiedade³³.

3) *The WATCH*: é uma ferramenta de triagem de cinco itens para identificar os pacientes que podem estar em risco de resultados ruins após a cirurgia bariátrica. Pode ser usada durante o cuidado de rotina de pacientes bariátricos pós-cirúrgico por não especialistas. Uma resposta positiva a qualquer um dos cinco itens do WATCH sugere uma avaliação especializada e uma possível intervenção. Os cinco itens são: (1) Você perdeu mais ou menos peso do que o médico esperava? (2) Você está tendo dificuldade em seguir consistentemente as recomendações de sua equipe cirúrgica? (3) Você está gastando muito tempo pensando em seu peso, forma ou comida? (4) Você está sentindo uma sensação de perda de controle enquanto come? (5) Você está se envolvendo em algum comportamento nocivo para perder peso?³⁴.

4) *Toronto Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale (BIPASS)*: seu objetivo é avaliar e estabelecer uma abordagem padronizada para avaliação pré cirurgia bariátrica. Classifica o paciente em: (1) atende aos critérios de exclusão ou excede o limite de pontuação (VERMELHO); (2) ainda não é adequado para candidatura cirúrgica e requer manejo adicional (AMARELO); e (3) é indicado para cirurgia sem reservas (VERDE). São 11 itens classificados em uma

escala Likert de 4 pontos (excelente, regular, limítrofe e ruim). O BIPASS pode ser usado para comunicar o risco psicossocial entre os membros da equipe e orientar intervenções psicossociais adicionais³⁰.

5) **The Revised Master Questionnaire:** é um instrumento de avaliação psicológica pré cirurgia bariátrica e tem boa validade convergente e de construto. Suas limitações incluem sua subavaliação de constructos relacionados ao controle de peso, dificuldade de pontuação por causa de rótulos de subescala pouco claros e falta de um foco interprofissional na avaliação³⁵.

6) **BariTest:** é o primeiro e único instrumento desenvolvido para a população brasileira. É autoaplicável e avalia o bem-estar psicológico do paciente antes e depois da cirurgia. É composto por seis constructos: estado emocional; comportamento alimentar; consumo de álcool; apoio social; relação com o peso corporal; e qualidade de vida. Esses constructos estão representados em 59 itens, graduados em uma escala Likert de quatro pontos: 0= Nunca, 1= Raramente, 2= Às vezes, 3= Frequentemente, 4= Sempre. Possui um alfa de Cronenbach de 0.93 (95%CI, 0.92–0.94)³⁶.

Em nosso fluxograma optamos por incluir os seguintes instrumentos de avaliação: *Binge Eating Scale (BES)*^{25,29,31}, *Night Eating Questionnaire (NEQ)*³¹, *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*^{12,29,31}, *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*³¹ e *The World Health Organization Quality of Life abreviado (WHOQOL-bref)*²⁹. Essas escalas foram selecionadas pois já estarem validadas tanto para a população pré cirurgia bariátrica quanto para a população brasileira.

Outro aspecto essencial abordado em nosso fluxograma é a avaliação dos psicofármacos em uso. Roerig & Steffen (2015)³⁷ revisam a psicofarmacologia na cirurgia bariátrica. Eles sugerem que seja realizada uma avaliação da precisão do diagnóstico do paciente e da necessidade do agente psicotrópico, documentação de um nível plasmático pré-cirúrgico do psicofármaco e uma avaliação do nível de sintomatologia de sua doença. Além disso, no pós-operatório deve haver monitoramento rigoroso dos sintomas e verificação do nível plasmático para determinar os efeitos do procedimento sobre o psicofármaco. Os procedimentos que não resultam em redução na área de superfície de absorção disponível são teoricamente menos prováveis de impactar a farmacocinética. Entretanto, mesmo na banda gástrica ajustável laparoscópica (LAGB) pode haver esvaziamento gástrico acelerado e afetar a farmacocinética, mas atualmente não há dados disponíveis na literatura para confirmar isso.

Todos os principais domínios farmacocinéticos (absorção, distribuição, metabolismo e eliminação) podem ser afetados em algum grau pelo Bypass Gástrico em Y de Roux (RYGB). A absorção é provavelmente afetada devido às mudanças na anatomia e fisiologia gastrointestinal, pH gástrico aumentado e acloridria relativa e alterações no tempo de trânsito gastrointestinal. Estes podem ser mediados por uma variedade de fatores, como alterações nos hormônios intestinais, como o peptídeo 1 semelhante ao glucagon e o peptídeo YY 3-36, bem como a ruptura do nervo vago durante a cirurgia³⁷.

A distribuição de medicamentos pode ser afetada por mudanças substanciais no peso e composição corporal e a proporção de fármaco ativo pode mudar em resposta a alterações na concentração de proteínas plasmáticas. A farmacocinética de medicamentos que sofrem recirculação entero-hepática também pode ser significativamente afetada (por exemplo, medicamentos que são substratos do citocromo P450). Durante a fase de rápida perda de peso após a cirurgia, a inflamação muitas vezes piora temporariamente em pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica, enquanto a função hepática geralmente melhora mais tarde³⁷.

Também buscamos incluir em nosso fluxograma aspectos éticos, abordados por Roleau et al. (2014)²⁸. Eles trazem como contribuição adicional para a literatura os principais aspectos éticos a serem considerados na avaliação pré cirurgia bariátrica: estabelecer e manter a competência do paciente; obtenção de consentimento informado; respeitar a privacidade e a confidencialidade; evitar viés e discriminação; evitar e abordar papéis duplos entre os profissionais selecionar e usar testes psicológicos; e reconhecer as limitações das avaliações psicossociais.

Ao final da avaliação, é imprescindível registrar os dados relevantes obtidos na entrevista. Pode-se incluir, quando aplicável, sugestões de intervenções pré ou pós-cirúrgicas projetadas para minimizar as barreiras aos resultados psicossociais e médicos ideais após a cirurgia e orientações de como executá-las. A colaboração com a equipe multidisciplinar de profissionais que cuidam do paciente é amplamente considerada um padrão de atendimento. É recomendável discutir esse processo diretamente com o paciente e documentar a colaboração ativa entre os membros da equipe¹¹. Em nossa experiência, damos ênfase no registro em prontuário das informações obtidas, condutas tomadas e sugestões para a equipe multidisciplinar.

Todos os pacientes que já foram submetidos a cirurgia bariátrica deveriam ser avaliados sua adaptação psicológica, motivação para aderir ao tratamento, incluindo

as mudanças de estilo de vida, e avaliar a evolução dos transtornos psicológicos pré cirúrgicos quando presentes²⁹. As melhorias iniciais nos sintomas psiquiátricos precoces da cirurgia pós-bariátrica podem não ser mantidas a longo prazo. Isso requer o uso de instrumentos formais padronizados e validados para acompanhar os sintomas psiquiátricos dos pacientes longitudinalmente e envolver os prestadores de cuidados para monitorar o funcionamento dos pacientes. Os pacientes podem apresentar complicações psiquiátricas adicionais, como transtorno de compulsão alimentar e transtorno por uso de substâncias, após a cirurgia bariátrica³⁸. Os pacientes possuem três vezes mais chances de serem hospitalizados por problemas de saúde mental ou de ir ao pronto-socorro após do que antes da cirurgia³⁹. Sendo assim, em nosso fluxograma recomendamos o seguimento na rede de saúde mental para aqueles pacientes que apresentaram necessidade de intervenção e disponibilizamos a interconsulta ambulatorial, para abordagem precoce de complicações pós cirúrgicas e disponibilidade de intervenções psicoterápicas como a Terapia Cognitivo Comportamental.

Trabalho recente de Vries et al. (2022)⁴⁰, demonstra que os desfechos mais importantes relacionados a qualidade de vida pós cirúrgica, relatada por pessoas vivendo com obesidade e profissionais da saúde, são autoestima, saúde/funcionamento físico, saúde mental/psicológica, saúde social, alimentação, estigma, imagem corporal, e excesso de pele. A autoestima era o desfecho mais importante para as pessoas vivendo com obesidade e a saúde física o mais importante para o profissional de saúde.

Esses achados ressaltam a complexidade do pós-tratamento psicossocial da cirurgia bariátrica e destacam a necessidade de avaliação psiquiátrica de rotina e suporte para pacientes pré e precoce pós-cirurgia bariátrica, o que pode ser facilitado pelo envolvimento integrado de psiquiatria e saúde mental especializada nos centros de cirurgia bariátrica. Abordagens integradas de saúde mental para cuidados de cirurgia bariátrica podem ajudar a melhorar os resultados médicos e psicossociais pós-operatórios, ao mesmo tempo em que reduzem os custos tanto na atenção primária quanto nas subespecialidades^{38,39}. Entretanto, há uma escassez relativa de ensaios clínicos randomizados bem desenhados que documentam seus benefícios de curto e longo prazo. Além disso, na ausência de preditores robustos do resultado da cirurgia, há uma necessidade de identificar os pacientes que mais se beneficiarão de determinadas estratégias de intervenção⁴¹.

No geral, as evidências atuais são mais fortes para o impacto das intervenções psicossociais nos comer transtornado e no funcionamento psicológico. A Terapia Cognitivo Comportamental, em particular, parece oferecer o maior benefício nesses domínios. Em contraste, a evidência para o impacto das intervenções psicossociais na perda de peso, comportamentos alimentares e comportamentos de estilo de vida é relativamente fraca e mista. Embora existam algumas evidências que sugiram que as intervenções pós-operatórias de modificação comportamental em particular possam melhorar a perda de peso, no momento, as intervenções psicossociais pré-operatórias não melhoraram os resultados da perda de peso pós-operatória, nem as intervenções psicossociais pós-operatórias em pacientes que já experimentam de um platô de peso prematuro ou reganho de peso. O momento ideal para iniciar intervenções psicossociais é no início do período pós-operatório, antes de ocorrerem comportamentos alimentares problemáticos e reganho de peso^{39,42}.

Troisi (2022)⁴³ aborda que a psiquiatria bariátrica ganhou status de uma nova subespecialidade no campo da saúde mental. Essa nova subespecialidade teria como objetivos: primeiro, para atestar que não há contraindicações psiquiátricas para uma cirurgia segura; segundo, para diagnosticar e tratar condições mentais pré cirúrgicas que podem predizer perda de peso insatisfatória; terceiro, para diagnosticar e tratar condições de saúde mental pós cirúrgicas associadas com baixa qualidade de vida. O psiquiatra bariátrico requer habilidades específicas como: entender a complexidade do consentimento informado pelos candidatos a cirurgia bariátrica; capacidade de contornar a reticência do paciente em compartilhar informações que poderiam torná-los não elegíveis para cirurgia bariátrica; habilidade de detectar e diagnosticar comportamentos alimentares problemáticos além de bulimia nervosa, anorexia nervosa e transtorno de compulsão alimentar; entendimento profundo da absorção de medicações psiquiátricas e alterações farmacocinéticas após cirurgia, assim como o impacto da medicação psiquiátrica na perda de peso. É nesse contexto que a criação deste fluxograma ganha destaque e relevância.

Por fim, a literatura sugere que a adoção global de uma ferramenta de triagem eletrônica padronizaria para a avaliação e a coleta de dados, utilizada por médicos e outros membros da equipe, poderia ser o novo objetivo dos estudos relacionados a avaliação pré cirurgia bariátrica. Ela poderia permitir grandes estudos prospectivos para analisar abordagens de tratamento em termos de previsão de resultados¹². Pacientes identificados no pré e pós-operatório como enfrentando dificuldades e

desafios psicossociais, através de uma ferramenta eletrônica, universal, simples e barata, poderiam ser encaminhados então para intervenção direcionada, poupando recursos de atendimento em saúde mental que já são limitados.

CONCLUSÕES

Apresentamos um fluxograma de atendimento baseado na melhor e mais atual evidência. Empregado na avaliação psicossocial do Ambulatório de Psiquiatria Pré-Operatória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS com intuito de melhorar o fluxo do atendimento ao paciente, através da sistematização do atendimento, introdução de medidas de avaliação através da inclusão de escalas padronizadas e validadas para essa população no modelo de atendimento, e com a possibilidade de comunicação de modelos entre instituições e serviços. Evidências empíricas mostram que diretrizes padronizadas melhoram os resultados no atendimento, mas para que sejam aderidas na prática requerem estratégias de divulgação ativa e de implementação inovadoras.

REFERÊNCIAS

1. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A et al. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362.
2. Global Obesity Observatory. Disponível em: https://data.worldobesity.org/country/brazil-27/#data_prevalence. Acesso em 20 de maio de 2022.
3. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med*. 2003 Jan 7;138(1):24-32. doi: 10.7326/0003-4819-138-1-200301070-00008.
4. Perreault L, Laferrère B. Overweight and obesity in adults: Health consequences. UpToDate 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overweight-and-obesity-in-adults-health-consequences>. Acesso em 20 de maio de 2022.
5. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 2016 Jan 12;315(2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118.
6. Patterson EJ, Urbach DR, Swanström LL. A comparison of diet and exercise therapy versus laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: a decision analysis model. *J Am Coll Surg*. 2003 Mar;196(3):379-84. doi: 10.1016/S1072-7515(02)01754-4.
7. Morgan DJR, Ho KM, Platell C. Incidence and Determinants of Mental Health Service Use After Bariatric Surgery. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jan 1;77(1):60-67. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2741.
8. Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Surg*. 2016 Mar;151(3):226-32. doi: 10.1001/jamasurg.2015.3414.
9. King WC, Chen JY, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Aug;13(8):1392-1402. doi: 10.1016/j.soard.2017.03.021.
10. Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. NIH Consens Statement 1991 Mar 25-27;9(1):1-20.
11. Sogg S, Lauretti J, West-Smith L. Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2016 May;12(4):731-749. doi: 10.1016/j.soard.2016.02.008.
12. Morledge MD, Pories WJ. Mental Health in Bariatric Surgery: Selection, Access, and Outcomes. *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Apr;28(4):689-695. doi: 10.1002/oby.22752.
13. PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.
14. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015. Conselho Federal de Medicina. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>.
15. Sockalingam S, Leung SE, Wnuk S, Cassin SE, Yanofsky R, Hawa R. Psychiatric Management of Bariatric Surgery Patients: A Review of Psychopharmacological and Psychological Treatments and Their Impact on Postoperative Mental Health and Weight Outcomes. *Psychosomatics*. 2020 Sep-Oct;61(5):498-507. doi: 10.1016/j.psym.2020.04.011.
16. Sockalingam S, Micula-Gondek W, Lundblad W, Fertig AM, Hawa R. Council on Psychosomatic Medicine. Bariatric Surgery and Psychiatric Care. *Am J Psychiatry*. 2017 Jan 1;174(1):81-82. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.1731001.

17. Murad MH. Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination. *Mayo Clin Proc.* 2017 Mar;92(3):423-433. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.01.001.
18. Santos IS et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública.* 2013, v. 29, n. 8, pp. 1533-1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>.
19. Freitas S et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2001, v. 23, n. 4, pp. 215-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>.
20. Harb ABC, Caumo W, Hidalgo MPL. Tradução e adaptação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008, v. 24, n. 6, pp. 1368-1376. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600017>.
21. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2011, v. 27, n. 3, pp. 497-509. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>.
22. Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública.* 2000, v. 34, n. 2, pp. 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
23. Fuchs HF, Laughter V, Harnsberger CR, Broderick RC, Berducci M, DuCoin C et al. Patients with psychiatric comorbidity can safely undergo bariatric surgery with equivalent success. *Surg Endosc.* 2016 Jan;30(1):251-8. doi: 10.1007/s00464-015-4196-8.
24. David LA, Sijercic I, Cassin SE. Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obes Rev.* 2020 Apr;21(4):e12926. doi: 10.1111/obr.12926.
25. Flores CA. Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 27 (suppl 1), 2014. doi.org/10.1590/S0102-6720201400S100015.
26. Edwards-Hampton SA, Wedin S. Preoperative psychological assessment of patients seeking weight-loss surgery: identifying challenges and solutions. *Psychol Res Behav Manag.* 2015 Nov 3;8:263-72. doi: 10.2147/PRBM.S69132.
27. Sogg S, Friedman KE. Getting Off on the Right Foot: The Many Roles of the Psychosocial Evaluation in the Bariatric Surgery Practice. *Eur Eat Disord Rev.* 2015 Nov;23(6):451-6. doi: 10.1002/erv.2395.
28. Rouleau CR, Rash JA, Mothersill KJ. Ethical issues in the psychosocial assessment of bariatric surgery candidates. *J Health Psychol.* 2016 Jul;21(7):1457-71. doi: 10.1177/1359105314556160.
29. Vaishnav M, Gupta S, Vaishnav P. Psychiatric intervention pre- and post-bariatric surgery. *Indian J Psychiatry.* 2022 Mar;64(Suppl 2):S473-S483. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_1_22.
30. Thiara G, Yanofksy R, Abdul-Kader S, Santiago VA, Cassin S, Okrainec A et al. Toronto Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale: Evaluating A New Clinical Assessment Tool for Bariatric Surgery Candidates. *Psychosomatics.* 2016 Mar-Apr;57(2):165-73. doi: 10.1016/j.psym.2015.12.003.
31. Marek RJ, Heinberg LJ, Lavery M, Merrell Rish J, Ashton K. A review of psychological assessment instruments for use in bariatric surgery evaluations. *Psychol Assess.* 2016 Sep;28(9):1142-1157. doi: 10.1037/pas0000286.

32. Sogg S, Mori DL. The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obes Surg*. 2004 Mar;14(3):370-80. doi: 10.1381/096089204322917909. PMID: 15072659.
33. Mahony D. Psychological assessments of bariatric surgery patients. Development, reliability, and exploratory factor analysis of the PsyBari. *Obes Surg*. 2011 Sep;21(9):1395-406. doi: 10.1007/s11695-010-0108-0.
34. Coughlin JW, Guarda AS, Clark JM, Furtado MM, Steele KE, Heinberg LJ. A screening tool to assess and manage behavioral risk in the postoperative bariatric surgery patient: The WATCH. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013 Dec;20(4):456-63. doi: 10.1007/s10880-012-9358-4.
35. Corsica JA, Hood MM, Azarbad L, Ivan I. Revisiting the revised master questionnaire for the psychological evaluation of bariatric surgery candidates. *Obes Surg*. 2012 Mar;22(3):381-8. doi: 10.1007/s11695-011-0417-y.
36. Ghizoni CM, Brasil F, Taconeli CA, Carlos LO, Saboia F, Baretta GAP et al. Development and validation of a psychological scale for bariatric surgery: the BariTest. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2022;35:e1682. <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1682>.
37. Roerig JL, Steffen K. Psychopharmacology and Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Nov;23(6):463-9. doi: 10.1002/erv.2396.
38. Sockalingam S, Micula-Gondek W, Lundblad W, Fertig AM, Hawa R. Council on Psychosomatic Medicine. Bariatric Surgery and Psychiatric Care. *Am J Psychiatry*. 2017 Jan 1;174(1):81-82. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.1731001.
39. Sockalingam S, Leung SE, Wnuk S, Cassin SE, Yanofsky R, Hawa R. Psychiatric Management of Bariatric Surgery Patients: A Review of Psychopharmacological and Psychological Treatments and Their Impact on Postoperative Mental Health and Weight Outcomes. *Psychosomatics*. 2020 Sep-Oct;61(5):498-507. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.011.
40. de Vries CEE, Terwee CB, Al Nawas M, van Wagenveld BA, Janssen IMC, Liem RSL et al. Outcomes of the first global multidisciplinary consensus meeting including persons living with obesity to standardize patient-reported outcome measurement in obesity treatment research. *Obes Rev*. 2022 Aug;23(8):e13452. doi: 10.1111/obr.13452.
41. Kalarchian MA, Marcus MD. Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Nov;23(6):457-62. doi: 10.1002/erv.2392.
42. David LA, Sijercic I, Cassin SE. Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obes Rev*. 2020 Apr;21(4):e12926. doi: 10.1111/obr.12926.
43. Troisi A. Emergence of bariatric psychiatry as a new subspecialty. *World J Psychiatry*. 2022 Jan 19;12(1):108-116. doi: 10.5498/wjp.v12.i1.108.