



ESTADO-MAIOR DA AERONÁUTICA

PORTARIA DIRSA Nº 212/SDGES, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2022.

Aprova a Ordem Técnica nº
009/DIRSA/2022.

O **DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VIII do Art. 10 do Regulamento da Diretoria de Saúde, aprovado pela Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020, resolve:

Art. 1º Aprovar a Ordem Técnica nº 009/DIRSA/2022, de 08 de novembro de 2022, “Padronização de Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica e Vasectomia / Laqueadura”, na forma do anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor em 1º de dezembro de 2022.

Maj Brig Med CLOER VESCIA ALVES
Dir da DIRSA



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

Ordem Técnica Nº 009/DIRSA/2022, 08 de novembro de 2022.

Padronização dos Procedimentos de Avaliação Psicológica
para Cirurgia Bariátrica e Vasectomia / Laqueadura.

1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 FINALIDADE

A presente Ordem Técnica do Comando da Aeronáutica tem por finalidade padronizar os procedimentos a serem adotados na avaliação psicológica realizada pelos psicólogos das Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) para cirurgia bariátrica e de vasectomia/laqueadura.

1.2 ÂMBITO

As determinações contidas nesta Ordem Técnica padronizam os procedimentos a serem adotados pelos psicólogos das OSA na avaliação psicológica para cirurgia bariátrica e de vasectomia/laqueadura.

1.3 CONCEITUAÇÕES E DEFINIÇÕES

1.3.1 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Processo de coleta e interpretação de dados sobre os fenômenos psicológicos (cognitivos, emocionais, relacionais), obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica, competindo ao psicólogo analisar criticamente os resultados obtidos. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins para os quais a avaliação se destina.

1.3.2 TESTAGEM PSICOLÓGICA

Diferentemente da avaliação psicológica, que é um processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes (testes, entrevistas, observações e análise de documentos), a testagem psicológica pode ser considerada um processo cuja principal fonte de informação são os testes psicológicos de diferentes tipos.

1.3.3 SATEPSI

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), com o objetivo de avaliar a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos para uso profissional, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos e divulgar informações sobre os testes psicológicos à comunidade e às(aos) psicólogas(os).

2 DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1 O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento prática.

2.2 Quando da utilização de testes psicológicos, faz-se necessária a consulta à lista de testes com parecer favorável, de acordo com o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), conforme previsto na Resolução Nº 09, de 25 de abril de 2018, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica.

2.3 O emprego de técnicas psicológicas demanda a existência de uma infraestrutura apropriada, respeitando-se as diretrizes dos manuais dos testes psicológicos e das normas previstas pelo CFP.

2.4 O profissional psicólogo somente deve empregar instrumentos de avaliação para os quais esteja qualificado.

2.5 A guarda dos documentos de avaliação psicológica deverá ser realizada em arquivos seguros e de acesso controlado.

2.6 As informações decorrentes da avaliação psicológica deverão ser disponibilizadas apenas àqueles que têm o direito de conhecê-las.

3 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

3.1 O procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade mórbida constitui um relevante aliado à redução de peso, assim como contribui para a melhora das comorbidades que, com frequência, estão associadas a essa patologia. Entretanto, o sucesso da cirurgia bariátrica implicará, necessariamente, em uma mudança no estilo de vida do paciente, que deverá incluir em seu cotidiano, dentre outros pontos, a prática de exercícios físicos regulares e um novo comportamento alimentar. Nesse contexto, é essencial, antes da realização do procedimento cirúrgico, a avaliação psicológica do paciente, almejando avaliar a presença de transtornos emocionais que são passíveis de comprometer a adesão ao tratamento, reduzindo, assim, as complicações no pós-operatório.

3.2 Entre as variáveis psicológicas associadas à realização da cirurgia bariátrica, destacam-se a ansiedade, a depressão e a baixa autoestima como aspectos psicológicos que interferem diretamente na vida do obeso.

3.3 Na avaliação psicológica para a realização de cirurgia bariátrica, deverão ser observadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 2.131/2015 e 2.172/2017.

3.4 A avaliação deverá ser composta por três sessões com o paciente.

3.5 Na primeira sessão com o paciente deverá ser realizada uma entrevista, conforme o roteiro do Questionário de Entrevista para Cirurgia Bariátrica (ANEXO A).

3.6 Na segunda sessão poderão ser aplicados os seguintes instrumentos: Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), *Patient Helthy Questionnaire* (PHQ-9) e o *Self Report Questionnaire* (RSQ-20). Na ausência do BFP, poderão ser utilizados os dois outros instrumentos citados e disponibilizados em anexo (ANEXO B e ANEXO C), sem prejuízo da qualidade da avaliação.

3.7 Na terceira sessão deverá ser realizada uma entrevista de devolução ao paciente, na qual será informado ao mesmo o resultado da avaliação psicológica efetuada.

3.8 Caso o paciente relate histórico de doença mental, e/ou apresente, durante o processo de avaliação, sinais indicativos de transtorno mental grave, o psicólogo deverá encaminhá-lo para a avaliação psiquiátrica e, somente após o parecer desse profissional, a avaliação psicológica será concluída.

3.9 Por ocasião da entrevista de devolução, será entregue ao paciente o Atestado Psicológico (ANEXOS D e ANEXO E) indicando ou contraindicando o mesmo à cirurgia.

3.10 Os critérios para a contraindicação da cirurgia serão os mesmos descritos no Anexo 1 da Portaria do Ministério da Saúde nº 424/2013, a saber: quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas.

3.11 Quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia, conforme a Portaria supracitada.

4 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE VASECTOMIA/LAQUEADURA

4.1 Na avaliação psicológica para a realização de cirurgia de laqueadura/vasectomia, deverá ser observada a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e a Lei nº 14.443, de 12 de setembro de 2022.

4.2 A avaliação psicológica no contexto aqui descrito é relevante, em particular, por se tratar de um método cirúrgico de efeito permanente (MARCOLINO, 2004). Nessa perspectiva, a consulta com o psicólogo deverá se constituir, para além de uma entrevista de avaliação, como um espaço de comunicação, promovendo uma escuta qualificada e um acolhimento humanizado.

4.3 A esterilização cirúrgica, embora seja um procedimento de escolha do indivíduo, pode gerar um elevado grau de estresse, especialmente por representar um processo de tomada de decisão envolvendo um importante aspecto da vida do indivíduo. Por conseguinte, a avaliação psicológica para a cirurgia de vasectomia/laqueadura oferece ao paciente o suporte psicológico necessário ao seu processo decisório.

4.4 A avaliação deverá ser composta por uma entrevista. Entretanto, caso o avaliador julgue necessário poderá realizar uma segunda entrevista.

4.5 Na avaliação psicológica deverão ser considerados aspectos relativos a capacidade de tomada de decisão do sujeito, além de variáveis psicopatológicas, tais como ansiedade e depressão, uma vez que podem interferir no processo decisório do avaliado.

4.6 Ressalta-se que a avaliação psicológica para cirurgia de vasectomia não tem a função de contraindicar a cirurgia, conforme preconizam as legislações citadas no item 4.1 deste documento, mas apresenta-se como ferramenta importante de aconselhamento psicológico com objetivo de elucidar aspectos envolvidos na tomada de decisão do avaliado.

(Fl 5/23 da Ordem Técnica nº 009/DIRSA/2022, de 08/11/2022).-----.

5 DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 Esta Ordem Técnica foi elaborada pela Subdivisão de Atenção Especializada (SDAE) da Divisão de Atenção à Saúde (DAS) da DIRSA.

5.2 A presente publicação entrará em vigor na data definida em seu ato de aprovação, publicado no Boletim do Comando da Aeronáutica (BCA).

Maj Brig Med **CLOER VESCIA ALVES**
Diretor de Saúde da Aeronáutica

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996.

_____. *Lei nº 14.443, de 12 de setembro de 2022*. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine 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. 2013.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 2.131, de 12 de Novembro de 2015*. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10 publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. 2015.

_____. *Resolução 2.172, de 27 de dezembro de 2017*. Reconhece a cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², sem resposta ao tratamento clínico convencional, como técnica não experimental de alto risco e complexidade. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Resolução Nº 09, de 25 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI - e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. 2018.

MARCOLINO, C. *Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):771-779, mai-jun, 2004.

Anexo A

Modelo de Questionário de Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome do (a) candidato(a) ao procedimento: _____

Sexo: () F () M Escolaridade: _____

Posto/Graduação: _____ Especialidade: _____

Ocupação profissional: _____

SARAM: _____ Prontuário: _____

DN: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Naturalidade: _____

II- CONTEXTO FAMILIAR

Estado civil: _____

Tem filhos? _____

Quantos? _____

Composição familiar:

Dinâmica de funcionamento familiar (dependência *versus* autonomia):

Como percebe o suporte familiar?

III- RELACIONAMENTOS SOCIAIS

Relacionamentos afetivos/amorosos (histórico e atualidade):

Vida sexual (histórico e atualidade):

Como se vê, de modo geral? (autoestima):

IV- HISTÓRIA CLÍNICA

Tratamento psicológico e/ou psiquiátrico prévio?

Por qual motivo?

Histórico de automutilação e ideação suicida? (Como isso o(a) impacta atualmente?)

Faz ou fez uso de medicamentos controlados? Quais? Por qual(is) motivo(s)?

Atualmente apresenta alguma queixa/sintoma de natureza psicológica/emocional?

Uso de substâncias entorpecentes (álcool ou drogas ilícitas – histórico e atualidade)?

Quando começou a enfrentar problemas relacionados ao sobrepeso?

Hábito alimentar (aspectos históricos e atuais):

Tentativas de mudança no hábito alimentar (dietas; práticas de atividades físicas; etc)

Tentativas prévias de perda de peso (Como foi? O que fez? Etc)

Acompanhamento multidisciplinar? (nutricional; endocrinológico; psicológico; etc):

Implicações do sobrepeso ao longo da vida (contextos: social, afetivo, escolar, laboral):

V- CIRURGIA BARIÁTRICA

O que o(a) levou a buscar pela intervenção cirúrgica? (motivação; conhece alguém que passou pelo procedimento; etc)

O que sabe sobre este procedimento?

O que espera do(a) da cirurgia bariátrica? (aspectos funcionais; estéticos; impacto na vida)

Conhecimento a respeito da recuperação no pós-operatório.

Conhecimento acerca das mudanças necessárias no estilo vida após a cirurgia.

Dúvidas ou receios?

OBSERVAÇÕES:

Local, dia, mês e ano.

Posto, Nome Completo e CRP.

Anexo B – Modelo de instrumento para Avaliação da Depressão

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO				
Nome do paciente: _____				
Data de aplicação do instrumento: _____				
Possui diagnóstico de depressão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Sim. Desde quando? _____				
Já encontra-se em tratamento da depressão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tempo de tratamento: _____				
Tratamento atual para depressão: _____				
Tratamentos prévios para depressão: _____				
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade	
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				

PARA USO DO AVALIADOR

Interpretação do Score Total do PHQ-9	
Escore Total	Gravidade da depressão
1-4	Depressão Mínima
5-9	Depressão Leve
10-14	Depressão Moderada
15-19	Depressão Moderadamente Grave
20-27	Depressão Grave

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas (1999), com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

Anexo C – Modelo de instrumento de avaliação de sofrimento mental

TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Nome do avaliado: _____

Teste: SRQ 20 – Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
1- Você tem dores de cabeça freqüente?		
2- Tem falta de apetite?		
3- Dorme mal?		
4 -Assusta-se com facilidade?		
5- Tem tremores nas mãos?		
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)		
7- Tem má digestão?		
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9- Tem se sentido triste ultimamente?		
10-Tem chorado mais do que de costume?		
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)		
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		

16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	SIM	NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO

PARA USO DO AVALIADOR

Total de respostas SIM	
Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

Anexo D
Modelo de Atestado Psicológico para Cirurgia Bariátrica – Parecer Favorável

ATESTADO PSICOLÓGICO

Atesto, para fins de cirurgia bariátrica, que NOME, portador do CPF xxx, foi submetido(a) à avaliação psicológica, evidenciando funcionamento cognitivo e emocional preservado para efetivar tomadas de decisão de modo consciente, bem como traços de personalidade que sugerem estabilidade emocional, não demonstrando indícios de psicopatologias que contra indiquem a realização do procedimento cirúrgico.

Local, dia, mês e ano.

Posto, Nome Completo e CRP

Anexo E
Modelo de Atestado Psicológico para Cirurgia Bariátrica – Parecer Desfavorável

ATESTADO PSICOLÓGICO

Atesto, para fins de cirurgia bariátrica, que NOME, portador do CPF xxx, foi submetido(a) à avaliação psicológica, evidenciando um funcionamento cognitivo e emocional insatisfatório para efetivar tomadas de decisão de modo consciente, bem como traços de personalidade que sugerem instabilidade emocional, além de traços de xxxxxxxxxx, demonstrando indícios de psicopatologia que contra indicam, no momento, à realização do procedimento cirúrgico.

Local, dia, mês e ano.

Posto, Nome Completo e CRP

Anexo F

Modelo de Questionário de Aconselhamento Psicológico para Vasectomia/Laqueadura

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome do (a) candidato(a) ao procedimento: _____

Sexo: () F () M Escolaridade: _____

Posto/Graduação: _____ Especialidade: _____

SARAM: _____ Prontuário: _____

DN: _____ / _____ / _____ Idade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____

II - HISTÓRIA CLÍNICA

Histórico de doenças e cirurgias:

Histórico de tratamento psiquiátrico, uso de medicações e/ou outras substâncias químicas:

Histórico de uso de álcool e substâncias psicoativas:

III - CONTEXTO FAMILIAR

Quantos filhos têm? _____ Idade e sexo dos filhos: _____

Quantos são da relação atual? _____ Quantos de relações anteriores? _____

Quantos foram planejados? _____ Quantos abortos ou óbitos? _____

Planejamento Familiar

Quantos filhos esperavam ter? O que mobilizou a escolha de ter filhos?

Tentativa de outros métodos contraceptivos:

() Contraceptivo oral () Contraceptivo injetável

() Anel vaginal () Preservativo

() Coito interrompido () Diu

() Implante anticoncepcional () Tabela

Por opção de quem? _____ Queixa com relação ao método? _____

Como é a rotina da família? Como são as relações familiares?

IV. CIRURGIA VASECTOMIA/LAQUEADURA

Opção cirúrgica:

() Vasectomia () Laqueadura

Motivo principal da opção pelo método cirúrgico:

Por qual motivo a esterilização será feita em você e não no(a) parceiro(a)?

O que sabem sobre este procedimento?

Dúvidas ou receios?

Você está ciente de que não existe método 100% eficaz? () Sim () Não

Alguém o está coagindo a fazer a vasectomia/laqueadura? () Sim () Não

Se um de seus filhos morresse, gostaria de ter outro? () Sim () Não

Ciente de que a cirurgia de reversão não garante que consiga voltar a ter filhos? () Sim () Não

Um novo parceiro poderia despertar em você o desejo de ter outro filho. O que você acha disso?

OBSERVAÇÕES:

Local, dia, mês e ano.

Posto, Nome Completo e CRP

Anexo G
Modelo de Declaração de Comparecimento à Entrevista de Orientação Psicológica

DECLARAÇÃO

NOME, portador/a do CPF xxx, compareceu a(s) entrevista(s) de orientação psicológica para realização de procedimento cirúrgico de vasectomia/laqueadura, tendo sido orientado(a) sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Foi aconselhado(a), ainda, a refletir melhor sobre a decisão de esterilização, antes da realização do procedimento cirúrgico.

Local, dia, mês e ano.

Posto, Nome Completo e CRP