

## OBESIDADE MÓRBIDA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA APÓS GASTROPLASTIA

**Maria Carolina da Rosa<sup>1</sup>, Fernanda Castilho Leite<sup>2</sup>, Clara Isabel Saeta Moya<sup>3</sup>**

<sup>1,3</sup> Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, Av. Shishima Hifumi, 2911- Urbanova, São José dos Campos, SP.

[karolinarbr@yahoo.com.br](mailto:karolinarbr@yahoo.com.br), [claramoya@terra.com.br](mailto:claramoya@terra.com.br)

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina do ABC/Setor de Terapia Ocupacional, Av. Lauro Gomes, 2000- Sacadura Cabral, Santo André, SP.

[fecastilho@gmail.com.br](mailto:fecastilho@gmail.com.br)

**Resumo-** A obesidade é atualmente assunto de interesse universal. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. Em consequência deste problema as pessoas obesas acabam ficando com a qualidade de vida prejudicada, além de uma série de doenças decorrentes. As intervenções para promover a perda de peso como dietas, terapias comportamentais, tratamentos medicamentosos e exercícios físicos, geralmente são mal sucedidas entre os obesos mórbidos. Se essas medidas forem tentadas e falharem, a gastroplastia pode ser recomendada, sendo importante a intervenção do Terapeuta Ocupacional, junto com uma equipe multidisciplinar, no período pré e pós operatório. O objetivo deste trabalho é levantar algumas considerações sobre a obesidade mórbida e apontar caminhos para a melhoria da qualidade de vida de pessoas submetidas à gastroplastia.

**Palavras-chave:** Obesidade mórbida, gastroplastia, qualidade de vida e Terapia Ocupacional

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde

### Introdução

Atualmente muito se tem falado a respeito da obesidade, mas, durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinal de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade pode ser definida como uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de forma que possa resultar em prejuízos a saúde. É considerada uma doença crônica que afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. (WHO, 1997).

Para Bjorntorp (2003) a obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde públicas mais preocupantes, devido ao aumento dos índices na população e as graves consequências que isso pode acarretar. Trata-se, segundo ele, de um fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, endócrinos, comportamentais, psicológicos e sociais. O mesmo relata que a maneira mais objetiva para classificar a obesidade é o Índice de

Massa Corpórea (IMC), sendo consideradas obesas mórbidas aquelas pessoas cujo IMC é maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup>.

A obesidade mórbida é fator de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios. Os indivíduos com obesidade mórbida possuem dificuldade em realizar Atividades de Vida Diária (AVDs), além de possuírem dificuldades nas relações sociais e em sua participação nas atividades de lazer e de trabalho. Muitos são os prejuízos, tanto pessoais quanto sociais, como comportamentos de esquia social e de estigmatização da sociedade em relação ao obeso. Além das barreiras arquitetônicas, existem as barreiras sociais e a busca pelo corpo perfeito. Essa exigência social pode acarretar depressão, sofrimento, baixa auto-estima e complexo de inferioridade de forma a prejudicar a qualidade de vida e agravar ainda mais a situação do obeso. Os obesos devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a

vida, reduz a qualidade de vida e a auto-estima e demandam abordagens eficientes para promover a redução do peso. Para Bjorntorp (2003) essas abordagens exigem um trabalho multidisciplinar a fim de tratar dos indivíduos integralmente.

Os pacientes com obesidade mórbida são candidatos a cirurgia bariátrica, ou também chamada gastroplastia, consistindo em um procedimento cirúrgico que reduz o tamanho normal do estômago (BJORNTORP, 2003). Esta cirurgia não garante resultados por si só, necessitando uma série de intervenções que visem à mudança de hábitos e a melhoria da qualidade de vida, necessárias antes e após a cirurgia. Sendo assim, é possível a intervenção do Terapeuta Ocupacional por meio de atividades que auxiliem o paciente a experimentar novas formas de ser, sua representação corporal e de se relacionar com objetos, pessoas e consigo mesmo resgatando seus papéis ocupacionais e suas potencialidades. Posteriormente à gastroplastia o indivíduo necessita reconstruir sua imagem corporal e encontrar novas possibilidades de ser e estar no mundo e este profissional pode ajudar neste processo. O objetivo deste trabalho é levantar algumas considerações sobre a obesidade mórbida e apontar caminhos para a melhoria da qualidade de vida e imagem corporal de pessoas submetidas à gastroplastia.

### Metodologia

Este estudo foi elaborado a partir de revisão bibliográfica de livros, artigos e na web.

### Resultados

Dados epidemiológicos referentes a obesidade no mundo tem se tornado alarmantes e a preocupação com todo esse excesso de peso tem assumido destaque no cenário nacional e internacional atualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. A despeito dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia. Nos Estados Unidos a situação é séria pois a alimentação desregrada e a vida sedentária contribuem para

aproximadamente 300.000 mortes por ano por obesidade. Segundo estatísticas apresentadas pela *National Health and Nutrition Examination Surveys*, há mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso ou que são obesos- aproximadamente 50% da população- e a tendência é aumentar esse número. Alemanha e Inglaterra seguem de perto a taxa americana de indivíduos com sobrepeso (FLEGAL et al., 1998). Porém, a obesidade não é mais exclusividade dos países desenvolvidos, ou do mundo ocidental. Aparecem hoje em países da América Latina, como México, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil, como apontam estudos da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO, 1998). É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina.

No Brasil, cinco em cada cem crianças de até 14 anos têm peso excessivo e estão sob o risco de desenvolver hipertensão arterial. Portanto, o problema não se restringe às mulheres ou à população adulta. Segundo a Organização Mundial de Saúde, nos Estados Unidos, 25% das crianças já apresentam sobrepeso ou são obesas, e declara que a obesidade se caracteriza, hoje em dia, uma epidemia em escala mundial (WHO, 1998).

Ainda no Brasil, segundo os resultados do IBGE referentes aos anos de 1996 e 1997, o percentual de obesos avaliados pelo Índice de Massa Corporal (IMC) aumentou de 8 para quase 10 na população adulta, representando quase de dois milhões de novos obesos (BARRA ET AL., 2000).

Os obesos são vistos de uma forma discriminatória, o que os leva a sentir certa desigualdade em relação às demais pessoas. Do ponto de vista social, é difícil para eles fazerem o que as outras pessoas fazem como encontrar trabalho ou companhia, comprar roupas ou usar assentos em lugares públicos como teatros e cinemas. Tudo é difícil (PINHEIRO, 2002).

Os indivíduos com obesidade mórbida experimentam diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades de vida diária (CANINI, 2004).

Considerando que a construção dos afazeres do sujeito sustentam seu cotidiano, pode-se pensar que a assistência em

Terapia Ocupacional pode contribuir para o resgate das capacidades e habilidades perdidas com o ganho de peso, ou não desenvolvidas ao longo da vida, para aquisição de uma postura ativa, criativa e independente, para ampliação das relações sociais e para a possibilidade de vivenciar outras satisfações além da comida (MORAIS, 2004).

Autores como Foreyt & Goodrick (1993) comentam que tendo em vista fatores cognitivos e emocionais associados ao aumento do consumo de alimentos a mudança comportamental tem sido usada no tratamento da obesidade. O automonitoramento faz parte do programa de mudança comportamental e consiste em auto-observação dos fatos, sentimentos, pensamentos e atitudes que ocorrem antes, durante e após as tentativas de manter um comportamento prudente ao alimentar-se e na prática de exercícios físicos (FOREYT; GOODRICK, 1993). Segundo Atkinson et al. (1992), os componentes de um programa de mudança comportamental incluem a educação sobre a etiologia e a fisiopatologia da obesidade; educação alimentar, nutricional e novas técnicas dietéticas; educação através da fisiologia do exercício, estratégias, técnicas e monitoramento da atividade física; conhecimento de estratégias para evitar o ganho de gordura novamente; apoio familiar, social e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Para iniciar esse processo é importante fazer um exame médico preliminar, respeitar o princípio da individualidade e proteger-se adequadamente contra lesões articulares e musculares. Pesquisas como as desenvolvidas por Nahàs (2001) confirmam que o apoio familiar e de amigos é fundamental. O acesso deve ser fácil aos locais, para a prática de exercícios físicos, com aparelhos adequados e profissionais treinados. É fundamental recorrer-se ao tratamento comportamental, ou seja, identificação de padrão comportamental de alimentação, através de um diário, com registros detalhados de como comeu, com quem de que modo, sentimentos e grau de fome, a fim de corrigir e modificar os maus hábitos. Pode-se recorrer a psicoterapia e o uso de drogas para diminuir a sensação de fome (NAHÁS, 2001). O tratamento medicamentoso para redução da obesidade utiliza as seguintes drogas: anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os antidepressivos, fluoxetina e sertralina,

entre outras. Há muitas controvérsias sobre a utilização destes, pelos escassos estudos sobre seus efeitos em longo prazo. Os remédios criam uma expectativa de cura para a obesidade e as pessoas comumente voltam a engordar com a suspensão do medicamento. Os efeitos colaterais normalmente observados incluem sonolência, nervosismo e distúrbios no trato gastrointestinal (BARON, 1995).

Para os pacientes em que todas as alternativas anteriores foram esgotadas, bem como em casos que envolvem outros riscos avaliados, as cirurgias antiobesidade podem ser recomendadas. As cirurgias antiobesidade podem ser didaticamente divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica, ou chamadas cirurgias restritivas; 2) interferem na digestão, os procedimentos mal-absortivos; e 3) uma combinação de ambos as técnicas. São consideradas uma opção efetiva para o controle da obesidade mórbida em longo prazo (PORIES, 2003).

O procedimento mais comumente utilizado é a gastroplastia com derivação em Y-de-Roux, conhecida como operação de Fobi-Capella, independentemente da colocação ou não de anel constritor ao nível da bolsa gástrica. Tal nomeação decorre da ampla divulgação deste procedimento a partir de sua utilização pioneira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no início dos anos 90 (GARRIDO, 2002).

O período imediatamente após a cirurgia é relatado pelos cirurgiados como sendo um dos mais difíceis. É a fase de recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação à nova dieta. Junta-se a tudo isso a expectativa, a ansiedade e a insegurança do novo período. No pós-operatório, as mudanças rápidas que acontecem, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, acabam exigindo do paciente uma reflexão, e emergem questões emocionais. O tratamento desta patologia requer uma equipe multidisciplinar (FRANQUES, 2003).

Conforme o estudo de Sabbioni et al. (2002), que acompanhou 82 pacientes obesos mórbidos, submetidos à cirurgia de gastroplastia, com um tempo de acompanhamento de 21-55 meses, a experiência após a cirurgia da gastroplastia é única para cada um dos pacientes, no entanto, a cirurgia para diminuição do estômago tem possibilitado aos obesos mudanças nos hábitos de vida e,

conseqüentemente uma melhora da auto estima e na qualidade de vida.

Neste período é de extrema importância o auxílio para o paciente se compreender melhor, para aderir de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável pela vivência de criação de uma nova identidade e estimulando a sua participação efetiva no processo de emagrecimento (FRANQUES, 2003).

Os estudos indicam que a fase de desenvolvimento na qual tem início a obesidade faz diferença na evolução pós – operatória, isto é, aqueles que eram magros e depois tornaram-se obesos tendem a recuperar uma imagem de seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância tem dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem (NUNES et al., 1998).

No pós operatório, segundo Pitombo (2004) surgem novas questões que o obeso terá que lidar, pois ele estará privado de um de seus maiores prazeres e ainda não será magro, podendo ocorrer isolamento social, percepção negativa do corpo e arrependimento cirúrgico. Marchesine (2003) afirma que o foco terapêutico neste período deve ser a nova imagem corporal e suas repercussões na personalidade do paciente.

De acordo com Ferrari e Tedesco (2000), a Terapia Ocupacional pode proporcionar um espaço de vivência e discussão para os conflitos relacionados à imagem corporal distorcida, ajuda no resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas ao longo da vida, motiva uma postura participativa criativa e mais independente, abre espaços para que sentimentos possam ser expressados, vivenciados e percebidos pelo paciente, tendo como foco principal o desenvolvimento da participação social e da organização das atividades cotidianas, despertando outras paixões além da comida

### Discussão

A obesidade mórbida tem sido amplamente estudada em função de sua incidência e por suas conseqüências à saúde.

Vários autores discutem a obesidade que, de uma forma geral, pode ser definida como uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de forma que

possa resultar em prejuízos a saúde (HALPERN et al., 1988; WHO, 1997).

Em conseqüência destes problemas as pessoas obesas acabam ficando com a qualidade de vida prejudicada. Muitos tratamentos podem ser utilizados para intervir na obesidade, entre outros, destacamos a cirurgia para redução de estômago, também chamada de gastroplastia. Segundo Sabbioni et al. (2002) a gastroplastia tem possibilitado aos obesos mudanças de vida e, conseqüentemente uma melhora na auto estima e na qualidade de vida. A equipe multidisciplinar tem como objetivo acompanhar o paciente antes, durante e após a gastroplastia. Franques (2003) afirma que o tratamento desta patologia requer uma equipe multidisciplinar. O Terapeuta Ocupacional pode ajudar no resgate das capacidades e habilidades perdidas com o ganho de peso ao longo da vida, motivar uma postura mais ativa, criativa e independente, ampliar o funcionamento dual “eu alimento” para “eu atividades” que possibilite o “eu relações pessoais” e possibilitar outras vivências que favoreçam outras satisfações além da comida (MORAIS et al., 2002). Segundo este autor, considerando as particularidades de cada pessoa, a Terapia Ocupacional, pode criar espaços saudáveis no acontecer do dia-a-dia, permitindo que o paciente ex-obeso crie novamente uma relação individualizada com seu fazer e com aquilo que precisa ou quer realizar em seu cotidiano, possibilitando assim uma reconstrução de sua imagem.

### Conclusão

Observa-se que a obesidade mórbida é uma doença resultante do acúmulo anormal de gordura sob a forma de tecido adiposo, e resulta em prejuízos para a saúde e vem se tornando um dos problemas mais graves de saúde pública nos últimos anos em todo o mundo. A obesidade é fator de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão. Pode trazer depressão, auto-estima baixa, exclusão social, que prejudicam a qualidade de vida.

A verificação do peso corporal é um aspecto importante na análise do estado de saúde de um indivíduo. São várias as medidas de controle e prevenção da obesidade. É fundamental uma dieta alimentar equilibrada associada à prática de uma atividade física regular. Porém quando

estas práticas não são bem sucedidas recorre-se a gastroplastia. Esta cirurgia, realizada para a redução de estômago, necessita de com um bom acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente. O Terapeuta Ocupacional é um profissional que pode possibilitar um espaço de vivência de novas situações e para a discussão dos conflitos relacionados a imagem corporal distorcida, ajudando no resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas ao longo da vida; motivando uma postura participativa, criativa e mais independente. Tudo isso abre espaço para que sentimentos possam a ser expressados, vivenciados e percebidos pelo paciente, tendo como foco principal a reconstrução da imagem distorcida, sua qualidade de vida, o desenvolvimento da participação social e da organização das atividades cotidianas.

#### Referências

- ATKINSON, R.L. ET AL. Combination of very-low-calorie diet and behavior modification in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v.56, n.1, p.199S- 202S, 1992. Supplement.
- BARON, R. Understanding obesity and weight loss, 1995. Disponível em: <http://www.med.stanford.edu/school/DGIM/Teaching/Modules/obesity.html>. Acesso em 25 de ago.2009.
- BARRA, M.G.B. ET AL. Comparação do padrão de atividade física e peso corporal total progressos e atuais entre graduandos e mestres em Educação Física. **Revista Brasileira em Ciência do Esporte**, Campinas, v.21(2/3), p. 30-35, 2000.
- BJORNTORP - Definiton and classification of obesity. *Cirurgia Bariátrica- Aspectos psicológicos e psiquiátricos*(2003). Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 25 de ago.2009.
- CANINI, S. R. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p.940-945, nov./dez, 2004.
- FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE. (FLASO). Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade. Santiago, Chile, 1998.
- FERRARI, S.M. L; TEDESCO, A.S. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. **Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup.**, São Paulo, n.5, p.32-35, 2000.
- FLEGAL, K. M., ET AL. Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, USA, v. 22, n.1, p. 39-47, jan.1998.
- FOREYT, J.P.; GOODRICK, G.K. Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.119, n.7 (Pt 2), p.698-701, 1993.
- FRANQUES. Sobre o Comportamento e cognição. In: ARRUDA, RTC (ed) **Obesidade mórbida e intervenção**, ESETEC Editores Associados, pp. 335, 2003.
- GARRIDO JR AB, editor. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2002. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 29 de ago. 2009
- HALPERN, A. ET AL. **Epidemiologia da Obesidade**. São Paulo, Lemos Editorial, 1998.
- IBGE (1996- 1997). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20RJ/RBE/RBE%202002%20v63%20n219.pdf>. Acesso em 31 de ago.2009
- MARCHESINI, S.D. Aspectos psicológicos da obesidade, 2003. Disponível em <http://www.gastronet.com.br/newpage> acessado em 25 de ago. 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Obesidade e Suas Evidências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Obesidade.pdf>. Acesso em 31 de ago.2009.
- MORAIS, L.V. ET AL. A Vida Cotidiana na Obesidade Mórbida: Um Espaço Para a Assistência da Terapia Ocupacional. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v.7, p.18-21, 2002.
- MORAIS, L.V. et al. A Vida Cotidiana de Mulheres com Obesidade: A percepção da Saúde e do Funcionamento Ocupacional. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências

Médicas) – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, 2004.

- NAHAS, M. V. **Atividade física, Saúde e Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf, 2001.

- NUNES ET AL. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Art Med, São Paulo, 1998.

- PINHEIRO, N. Obesidade. **Rev. Medicina Social de Grupo**, São Paulo, n.177, p.5-8, abril/maio/junho, 2002.

- PITOMBO, C. Obesidade Mórbita, 2004. Disponível em: <<http://cirurgiaavancada.com.br/psi.htm>> Acesso em 25 de ago. 2009.

- PORIES, W.J.; JOSEPH, E.B.- Surgery for obesity: procedures and weight loss. In: Fairbairn & Brownell (eds). **Eating disorders and obesity**, 2.ed, New York, pp. 562-7, 2003.

- SABBIONI, M. et al. Intermediate results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. International Journal of Obesity, Canada, n. 26, p. 277-280, 2002.

- WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1998: Autor Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 21 ago. 2009

- WHO .Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 21 ago. 2009