# Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais

### ARTIGO ORIGINAL

NETA, Marta Batista de Souza [1]

NETA, Marta Batista de Souza. **Cirurgia bariátrica: fatores emocionais e culturais.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 02, Vol. 03, pp. 108-116. Fevereiro de 2019. ISSN: 2448-0959.

#### **RESUMO**

A obesidade é uma doença multifatorial que interfere na qualidade de vida levando o indivíduo a uma série de problemas físicos e emocional. A cirurgia têm-se demonstrado uma terapêutica que associada a boa condução pré e pós-operatória de profissionais interessados nessa doença, ajuda de sobremaneira na resolução dos problemas físicos e psicossociais do obeso mórbido, ou seja, seu excesso peso, evitando o reganho de peso. Hoje a cirurgia bariátrica é considerada uns dos métodos mais seguros, incidência da obesidade mas, também, pelo desenvolvimento tecnológico, que possibilita maior segurança nos procedimentos bariátricos. Para o tratamento da obesidade mórbida é necessário uma equipe interdisciplinar que avalie e prescreva de forma correta e individual a adaptação do paciente. Sendo assim, dentro desse tratamento incluem-se as terapias farmacológicas, nutricionais e psicológicas associado ao exercício. Quando essas terapias não revertem a obesidade, o indivíduo é indicado para realizar um tratamento cirúrgico ou seja recorre a Cirurgia de redução de estômago.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Qualidade de Vida, Reganho de Peso.

# INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial que interfere na qualidade de vida tanto nos domínios físicos como nos emocionais de pacientes obesos <sup>1</sup>. Questões socioculturais e as exigências por um corpo magro e esbelto levam indivíduos acima do peso a recorrem aos mais variados tratamentos e as mais perigosas dietas<sup>2</sup>. O tratamento da obesidade consiste em mudanças de hábitos alimentares, atividade física, tratamento farmacológico e cirúrgico. A cirurgia bariátrica tem-se mostrado o método mais eficaz no tratamento para a perda de peso, principalmente para obesos mórbidos<sup>3</sup>. Muitos indivíduos apresentam dificuldades em diferenciar a fome física da emocional e, estão acostumados a comer mesmo sem necessidade fisiológica. O comportamento alimentar inadequado pode ser o agente causador ou facilitador da obesidade. Este deve ser considerado antes da cirurgia bariátrica para o devido tratamento e prevenção do reganho de peso pós-cirúrgico<sup>4</sup>.

Pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, constataram que houve aumento do número de casos de sobrepeso e obesidade no Brasil<sup>5</sup>. Segundo Berti e Caravatto<sup>6</sup>, no Brasil, aproximadamente 65 milhões de pessoas estão com sobrepeso, 14 milhões com obesidade e 4 milhões com obesidade mórbida.

A medicina preconiza que a cirurgia bariátrica é considerada um importante recurso terapêutico para o

tratamento da obesidade mórbida, sendo apresentada como a única opção exequível para a perda de peso dos pacientes com IMC acima de 35, com comorbidades e daqueles em que o IMC encontra-se acima de 40, tendo ou não comorbidades<sup>7</sup>. Apesar da perda de peso alcançada, a cirurgia bariátrica não garante a manutenção dessa perda ao longo do tempo, evidenciando que o reganho de peso, após transcorrido um certo tempo, é algo que pode ocorrer no pós-operatório<sup>8</sup>.

#### **DESENVOLVIMENTO**

Silva<sup>7</sup> destaca que a perda de peso é o parâmetro principal para a avaliação do sucesso da cirurgia bariátrica. Outro aspecto ressaltado por esta autora, em pesquisa sobre os fatores associados ao reganho de peso, após 24 meses de cirurgia bariátrica, é que no primeiro ano de pós-operatório a perda de peso é mais acelerada e que, após 2 anos de operado, há a prevalência do reganho de peso. A respeito do acompanhamento em casos de reganho de peso, a autora<sup>8</sup> ressalta que a recuperação de peso no pós-operatório é um fator que pode comprometer os benefícios adquiridos com o tratamento cirúrgico, sendo importante identificar o que está ocasionando o reganho de peso, para que se possa determinar as condutas necessárias, após esse acontecimento. A mesma autora revela que "o monitoramento em longo prazo, pelas equipes de saúde, pode ser importante para a identificação e a intervenção precoces, diante de intercorrências, como o reganho de peso<sup>8</sup>". Nestes casos, a cirurgia bariátrica pode trazer maior benefício, promovendo perda ponderal maior e sustentada, além de melhora ou resolução de complicações metabólicas e ainda redução da morbimortalidade cardiovascular associadas à obesidade.<sup>9</sup>

São candidatos ao tratamento cirúrgico aqueles pacientes com IMC grau III ou ainda aqueles com grau II quando associado à comorbidades, como apneia do sono, dislipidemia, dificuldades de locomoção, entre outras comorbidades de difícil manejo clínico. <sup>10</sup>

Apesar dos benefícios observados para redução do excesso de peso com a cirurgia bariátrica, o reganho ponderal é observado em subgrupos de pacientes, com percentual estimado de 10 a 20% do peso perdido durante o seguimento em longo prazo. Entretanto, há ainda limitações para predizer quais pacientes estão mais propensos a apresentar reganho, bem como qual a conduta nesses casos. Possíveis preditores do reganho incluem modificações comportamentais, desde transtornos compulsivos alimentares à redução de bem-estar. 11

A culpa, com relação ao comer excessivo, manifesta-se diferentemente nos diversos tipos de transtornos. Enquanto que no comer compulsivo, a pessoa se sente culpada e deprimida; na bulimia, que também é caracterizada por episódios de comer compulsivo, ingerindo uma alta quantidade de calorias, os pacientes, para aliviar-se do peso (literalmente) de ter consumido altas quantidades calóricas, muitas vezes às escondidas, utilizam-se de métodos purgativos, como vômitos voluntários, uso de laxantes e diuréticos. 12

Alguns pacientes podem apresentar, como efeito posterior à cirurgia, vários transtornos: transtornos da ansiedade, compulsões, como abuso de substâncias e gastos excessivos, além de comportamentos de risco (por exemplo: envolvimento extraconjugal e direção perigosa), transtornos de humor e até mesmo alguns transtornos alimentares, como bulimia nervosa e anorexia nervosa.<sup>13</sup>

Sobre as mudanças psicológicas ocorridas durante o tratamento da cirurgia bariátrica, Oliveira<sup>14</sup> cita fases pelas quais esses pacientes passam. Segundo a autora, a primeira fase que esses pacientes atravessam

(aproximadamente no terceiro mês após a cirurgia) é a mais preocupante, pois o período de "lua-de-mel", em que se perde muito peso em muito pouco tempo, termina, e o paciente entra em contato com o enfrentamento de sua nova realidade, percebendo conflitos antes não visualizados, visto que todos eles, anteriormente, eram justificados pelo excesso de peso que os mascaravam. À medida que o paciente vai perdendo peso, ele percebe que nem todos os problemas podem ser resolvidos emagrecendo.

Os obesos comedores compulsivos apresentam um início do quadro de obesidade mais precoce que os não-compulsivos, além de iniciarem mais cedo a preocupação com peso e dietas, desde as mais absurdas até as mais conservadoras. Eles apresentam ainda maior prevalência da flutuação de peso e passam mais tempo de suas vidas tentando emagrecer <sup>15,16</sup>. Pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica depositam no procedimento a "cura da obesidade" e falsamente acreditam que a cirurgia irá trazer as mudanças comportamentais necessárias para manter a perda de peso. A cirurgia bariátrica não é garantia de sucesso e vários cuidados pós-operatórios relevantes são requeridos. Assim, nem todos os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico desfrutam de uma perda de peso acentuada. Ademais, existe um número elevado de pacientes que recuperam uma grande parte do peso perdido<sup>17</sup>. Para a avaliação do impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida seja feita de forma eficaz e eficiente, é necessário fazer uso de métodos padronizados e respeitados<sup>18</sup>, pois a avaliação da QV (Qualidade de Vida) permite a obtenção da eficácia do tratamento e da avaliação do impacto dessas terapêuticas sobre a vida diária dos obesos, além de permitir analisar holisticamente o indivíduo, considerando o seu contexto biopsicossocial.<sup>19</sup>

Como visto anteriormente, o impacto da obesidade não se dá apenas nas questões relacionadas à saúde, mas também na longevidade e na qualidade de vida, uma vez que eleva a probabilidade de morte e diminui os indicadores de qualidade de vida, acarretando, por exemplo, em dificuldades de interação social, baixa autoestima, isolamento social, estresse, depressão e impacto negativo no desempenho laboral.<sup>20</sup>

Já em relação à saúde psicológica, estudos apontam para alguns impactos tais como: depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima, sentimento de desvalia, preconceito, dentre outros. <sup>21,22-23</sup> Sintomas relacionados ao estresse, ansiedade e depressão, bastante comuns em pessoas com sobrepeso ou obesidade, podem levar ao comportamento alimentar inapropriado; no entanto, percebe-se que esses sintomas podem ser uma consequência ligada a fatores sociais e discriminação, por exemplo, ou estar relacionados à etiologia da obesidade. <sup>26</sup>

O sofrimento psicológico pode decorrer do preconceito social, acarretando em distúrbios da imagem corporal, quadros de ansiedade, depressão e baixa autoestima. Além disso, podem ocasionar impacto negativo no desenvolvimento de atividades no âmbito da vida profissional e nas relações sociais e interpessoais, levando a dificuldades na execução de atividades corriqueiras, como fazer compras, usar transporte público, conseguir um trabalho e o desenvolvimento de uma prática sexual satisfatória. <sup>25</sup>

Diante do exposto, observa-se a importância de reconhecer o indivíduo como um ser biopsicossocial e proceder à avaliação do impacto da obesidade levando-se em consideração todas essas dimensões do ser humano, visto a influencia negativa da obesidade na qualidade de vida do indivíduo com essa enfermidade.<sup>24</sup>

# **MÉTODO**

Foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos, na base de dados PubMed, Scielo, Psic usando como palavras chave os termos: "Obesidade", "Cirurgia Bariátrica", "Reganho de Peso". Os artigos incluídos foram publicados entre 2004 e 2017 e estão escritos quer em inglês quer em português. Foram excluídos os dados referentes a pacientes que tiveram outras cirurgias para o tratamento da obesidade. Os artigos potencialmente elegíveis foram extraídos e o texto foi revisto. Os estudos incluídos nesta revisão são selecionados de acordo com critérios acima mencionados. Os principais dados obtidos nestes estudos selecionados foram os preditores do reganho de peso e medidas tomadas após a cirurgia.

### **RESULTADOS**

A pesquisa inicial identificou 50 artigos, alguns foram incluídos após triagem de títulos e/ou resumos. De acordo com critérios acima indicados e após a revisão completa do texto, foram incluídas 30 artigos na revisão. Todos os artigos incluídos foram retrospetivos observacionais e ensaios prospetivos.

## **DISCUSSÃO**

Apesar da cirurgia bariátrica ser um método cirúrgico eficaz para tratar a obesidade, é frequente observar a recuperação de peso nestes doentes. Esta preocupação está associada a vários fatores, como foi descrito em cima, e acredita-se que as influências comportamentais desempenham um papel modulador deste problema. A cura da obesidade não se resume apenas ao ato cirúrgico, engloba um período de um ou dois anos de mudanças que, devem estar associadas a estratégias auxiliares, como reeducação alimentar, atividade física programada e mudança de hábitos de vida junto com acompanhamento psicológico e nutricional. Apesar da elevada eficácia da cirurgia bariátrica, atualmente, a recuperação de peso e a sua manutenção é um grande desafio quer para o doente quer para os profissionais de saúde. Cerca de 15% dos pacientes submetidos à cirurgia voltam a reganhar o peso<sup>29</sup>. É de realçar que há uma elevada variabilidade inter-individual da resposta ao bypass gástrico. Foram identificados preditores comportamentais para a recuperação de peso nos pacientes que incluem: o aumento dos desejos alimentares, preocupações com comportamentos viciantes, diminuição do bem-estar, menor número de consultas de acompanhamento pós operatórias e falta de auto- monitorização<sup>28</sup>. Em geral, o reganho de peso a longo prazo associa-se ao agravamento das comorbilidades, como hipertensão, diabetes, dislipidémia, insuficiência cardíaca, entre outras. Os preditores do reganho de peso significativo foram fatores que podem ser direcionados e modificados, contudo a perda de peso inicial foi mais dependente de fatores fisiológicos não modificáveis<sup>28</sup>. Estudos mostraram que o valor do IMC pré-operatório maior, particularmente IMC 50 KG/M2, não é um preditor de recuperação de peso. Estes resultados não são consistentes entre os estudos, no entanto, a perda de peso inicial pode não prever resultados da perda de peso a longo prazo. Apesar disto, a perda de peso sub-óptima inicial e a recuperação de peso após a cirurgia, provavelmente compartilham características comuns e mecanismos subjacentes que requerem um estudo mais aprofundado. Destaca-se a importância da adesão ao regime comportamental pósoperatório recomendado para atenuar o reganho de peso a longo prazo, bem como a monitorização e tratamento apropriado para problemas de saúde mental, como a depressão ou abuso de substâncias como álcool e drogas<sup>27</sup>. É de ressaltar a complexidade dos mecanismos de perda de peso e recuperação após cirurgia bariátrica e a atual compreensão incompleta desses fenômenos.

Os mecanismos do reganho de peso não estão completamente elucidados, contudo vários estudos demonstram causas possivelmente responsáveis por algumas falências desta cirurgia<sup>30</sup>. São notórias as preocupações existentes para que mais estudos sejam desenvolvidos nesta aérea para investigar outros

fatores associados ao reganho de peso. Após cirurgia bariátrica, a ameaça de recuperar o peso ao longo da vida permanece

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Assim sendo, após a cirurgia bariátrica não será mais possível utilizar o alimento para alívio de suas questões emocionais e afetivas. Com a diminuição significativa do volume estomacal, a sensação de saciedade é experimentada rapidamente, mas o mesmo não ocorre com a satisfação de se alimentar, pode ativar alguns gatilhos e se ter uma autosabotagem. Se este aspecto psicológico não for tratado adequadamente, o paciente irá procurar meios para o preenchimento do vazio e insatisfação pode passar a ser compensado de outra forma, como por meio do alcoolismo ou busca de alimentos calóricos, que passam de forma rápida pelo estômago e que são fáceis de serem consumidas várias vezes ao dia o que irá resultar em ganho/reganho ou dificuldade de perder peso.

Alguns conflitos, principalmente em mulheres podem surgir após a perda excessiva de peso. Ao passarem a ser admiradas por outros homens, sentem-se sem proteção e demasiadamente expostas, possibilitando o surgimento de conflitos relacionados à sexualidade. Muitas vezes, estas pacientes não estão preparadas para lidar com a nova situação.

Assim, para uma boa evolução do paciente e uma perda de peso sustentada e eficiente ao longo de 02(dois) anos, o acompanhamento com psicólogo antes e após a cirurgia bariátrica é crucial. O corpo perde peso muito rápido, mas a mente, emoções e ideias internas possuem outro tempo de transformação.

## REFERÊNCIAS

- FIGUEIREDO, M. D. Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade.
  2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- 2. OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.
- 3. SILVA, M.O.; ARAÚJO, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar e cirurgia bariátrica: relação e implicações. Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 23, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2012.
- 4. MARQUES, S. I. P. Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.
- 5. Berti, L.V., & Caravatto, P. P. (2012). Importância da obesidade no Brasil e no mundo. In: M.T.C. Diniz (Org.). Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu.
- 6. Diniz, M. T. C., & Maciante, B. A. (2012). Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. In: M. T. C. Diniz.(Org.). Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu.
- 7. Silva, R. S. (2011). Reganho de peso após dois anos ou mais de pós-operatório de by-pass gástrico em Y-de-Roux. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. RS, Brasil.
- 8. Silva, F. B. L.(2012). Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia

- redutora em Y-de-Roux. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF: Brasil.
- 9. Villa AG, López AMS, Calleja KGM, Gómez LML, Gómez JD, Escobar JMT. Factores relacionados con la pérdida de peso en una cohorte de pacientes obesos sometidos a bypass gástrico. Nutr Hosp. 2013;28(3):623-30. http://dx.doi.org/10.3305/ nh.2013.28.3.6176
- 10. Segal A, Fandiño J. Indicações e contraindicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl III):68-72.
- 11. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, Gara C, Birch DW. Weight Recidivism Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. Obes Surg. 2013 Nov;23(11):192233. http://dx.doi.org/10.1007/s11695-013-1070-4
- 12. Appolinario, J. C., & Claudino, A. M. (2009). Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo. Recuperado em: 02 out. 2009: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S151644462000000600008&lng=en &nrm=isso
- 13. Leal, C. W., & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 29(3). Recuperado em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S010181082007000300013&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S010181082007000300013&lng=en&nrm=iso>.
- 14. Oliveira, J. H. A. de. (2006). Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica, Tese de doutorado, Campinas, SP.
- 15. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. Int J Eat Disord 1993;13:13753
- 16. Coutinho W. Comer compulsivo. In: Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. pp. 209-16.
- 17. Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós operatório de cirurgia bariátrica. ABCD. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, 26(Supl. 1), 26-32. doi:10.1590/S010267202013000600007
- 18. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010 [cited 2012 May 10]; 20(3):359-66. Available
- 19. Prevedello CF, Colpo E, Mayer ET, Copetti H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. Arq Gastroenterol [Internet]. 2009 [cited 2012 May 10];46(3):199-203. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0004- 28032009000300011
- 20. Barros LM, Moreira RAN, Frota NM, Caetano JA. Mudanças Na Qualidade De Vida Após a Cirurgia Bariátrica. Rev enferm UFPE online. 2013;7(5):1365–75.
- 21. ABESO. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009-2010. 2009;3:11–83. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\_brasileiras\_obesidade\_2009\_2010\_1.pdf
- 22. Barroqueiro RSB. Sexualidade, ansiedade e depressão em mulheres após cirurgia bariátrica [dissertação]. [São Luís]: Universidade Federal do Maranhão; 2009.
- 23. De Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews. J Affect Disord. 2011;133(1–2):61–8.
- 24. Gordon PC, Kaio GH, Sallet PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. Rev Psiquiatr Clínic. 2011;38(4):148–54.
- 25. De Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical

- interviews. J Affect Disord. 2011;133(1-2):61-8.
- 26. Fabricatore AN, Sarwer DB, Wadden TA, Combs CJ, Krasucki JL. Impression management or real change? Reports of depressive symptoms before and after the preoperative psychological evaluation for bariatric surgery. Obes Surg. 2007;17(9):1213–9.
- 27. Sogg, B. R. (2014). predictors of lowest weight and long-term weight regain among Roux-en-Y Gastric bypass patients .
- 28. Miller, j. o. (2009). behavior predictors of weight regain after bariatric surgery. 20, pp. 349-356.
- 29. MM, C. (2004). Intervenção nutricional no tratamento cirurgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado.
- 30. Kelly, R. F. (14 de may de 2014). Regained weight after the second year of the gastric bypass and Y of Roux. 134-140.
- Mestranda em Psicologia da Saúde pela FPS, Especialização em Neuropsicologia ESUDA Graduação em Psicologia FACHO, Psicóloga.

Enviado: Janeiro, 2019.

Aprovado: Fevereiro, 2019.