

## ABORDAGENS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS DA CIRURGIA BARIÁTRICA E A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHAMENTO INTEGRAL

APPROACHES TO OBESITY TREATMENT: PSYCHOLOGICAL IMPLICATIONS OF BARIATRIC SURGERY AND THE IMPORTANCE OF COMPREHENSIVE FOLLOW-UP

Vitor Hugo Lobo Fernandes<sup>1</sup>

Elisiani de Castro<sup>2</sup>

Paula Cardoso Victal<sup>3</sup>

Juliana Sabadini<sup>4</sup>

Daniel Pereira Balieiro<sup>5</sup>

**RESUMO:** A obesidade é uma preocupação global crescente, com projeções indicando que até 2025, cerca de 700 milhões de adultos serão obesos. Este aumento é acompanhado por uma pressão social significativa, levando muitas pessoas a buscarem soluções rápidas, como intervenções cirúrgicas. A obesidade é definida pela OMS através do Índice de Massa Corporal, e é categorizada em três graus de gravidade. O tratamento da obesidade varia desde dietas e aumento de atividades físicas até intervenções cirúrgicas, como a cirurgia bariátrica, que tem se mostrado eficaz em casos graves. No Brasil, que é o segundo país que mais realiza cirurgias bariátricas, há um número crescente de procedimentos devido à ampliação das indicações médicas. A obesidade está associada a várias comorbidades, incluindo diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, e tem um impacto significativo na expectativa de vida. Fatores genéticos, ambientais e psicossociais influenciam a prevalência da obesidade, e tratamentos eficazes exigem abordagens multidisciplinares e mudanças permanentes no estilo de vida dos pacientes.

1379

**Palavras-chave:** Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Morbidade.

**ABSTRACT:** Obesity is a growing global concern, with projections indicating that by 2025, around 700 million adults will be obese. This increase is accompanied by significant social pressure, leading many individuals to seek quick solutions such as surgical interventions. Obesity is defined by the WHO using the Body Mass Index and is categorized into three degrees of severity. Treatment for obesity ranges from diets and increased physical activity to surgical interventions like bariatric surgery, which has proven effective in severe cases. In Brazil, the second country performing the most bariatric surgeries, there is a growing number of procedures due to expanded medical indications. Obesity is associated with various comorbidities, including diabetes, hypertension, and cardiovascular diseases, significantly impacting life expectancy. Genetic, environmental, and psychosocial factors influence the prevalence of obesity, and effective treatments require multidisciplinary approaches and permanent lifestyle changes for patients.

**Keywords:** Obesity. Bariatric Surgery. Morbidity.

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina, Humanitas - Faculdade de Ciências Médicas em São José dos Campos.

<sup>3</sup>Acadêmica de Medicina, Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC JF.

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina FACERES.

<sup>5</sup>Médico pelo Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma preocupação global, com um em cada oito adultos no mundo sendo obeso. Estima-se que, até 2025, esse número alcance cerca de 700 milhões de pessoas. Paralelamente, há uma pressão nas relações interpessoais para se obter um corpo esbelto e magro, com uma forte cobrança pelo autocuidado frequentemente resumida na perda de peso. Esse cenário pode levar à busca incessante por soluções imediatas para a redução do peso, muitas vezes recorrendo a intervenções cirúrgicas.<sup>1</sup>

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de um balanço energético positivo, e que acarreta repercussões significativas na saúde, reduzindo tanto a qualidade quanto a expectativa de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a obesidade com base no índice de massa corporal (IMC), que é calculado dividindo o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros ( $IMC = kg/m^2$ ). A obesidade é definida quando o IMC está acima de  $30 kg/m^2$ , sendo dividida em três graus de gravidade: grau I (IMC entre 30 e  $34,9 kg/m^2$ ), grau II (IMC entre 35 e  $39,9 kg/m^2$ ) e grau III ou obesidade mórbida (IMC acima de  $40 kg/m^2$ ).<sup>6</sup>

Para uma avaliação mais precisa da obesidade, o IMC deve ser considerado junto com outros fatores, como raça, presença de comorbidades, massa gordurosa, distribuição de gordura (relação circunferência abdominal/quadril, RCQ) e bioimpedância. A obesidade pode ser central (androide), com tecido adiposo predominantemente na parte superior do corpo, ou periférica (ginecoide), com gordura localizada na parte inferior do corpo, como quadris, nádegas e coxas. A obesidade faz parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), caracterizadas por uma história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, curso assintomático e lento, e períodos de remissão e exacerbação.<sup>6</sup>

Entre os tratamentos propostos para a obesidade, a cirurgia bariátrica (CB) surgiu nos anos 1950 nos Estados Unidos. No Brasil, começou a ser realizada na década de 1970 com técnicas jejuno-ileais, e a partir de 1980 foram introduzidas o bypass gástrico e as gastroplastias horizontal e vertical com anel. Nos anos 1990, a derivação biliopancreática de Scopinaro e a derivação gástrica em Y de Roux foram desenvolvidas e aprimoradas. Técnicas como a duodenal switch e a gastrectomia vertical (sleeve) substituíram a banda gástrica, tornando-se uma das mais utilizadas.<sup>6</sup>

O Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza cirurgia bariátrica, com cerca de 80 mil procedimentos registrados anualmente. A última resolução do Conselho Federal

de Medicina ampliou as indicações para a cirurgia em pacientes com IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup>, o que pode aumentar esses números. Enquanto a maioria dos tratamentos convencionais para obesidade grave tem um impacto modesto e de curto prazo, a cirurgia bariátrica tem mostrado resultados de longo prazo na perda de peso e na melhora das comorbidades clínicas.<sup>6</sup>

A partir do diagnóstico de obesidade, é essencial iniciar uma abordagem terapêutica imediata. O aumento da morbimortalidade associada a doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemias e resistência insulínica, além do impacto biopsicossocial, está diretamente relacionado à obesidade, aumentando os riscos para o paciente se o tratamento for adiado. Pacientes com IMC igual ou superior a 45 kg/m<sup>2</sup> apresentam uma diminuição significativa na expectativa de vida e um risco aumentado de morte por causas cardiovasculares e metabólicas.<sup>4</sup>

Existem diversas formas de tratamento para a obesidade que visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Entre essas formas estão dietas nutricionais, reeducação alimentar e aumento das atividades físicas. Em casos extremos ou quando essas medidas não são eficazes, a intervenção cirúrgica de "redução do estômago", conhecida como cirurgia bariátrica ou gastroplastia, pode ser uma opção viável. No entanto, é importante que as ações terapêuticas sejam contínuas, dada a natureza crônica da doença, exigindo mudanças permanentes no estilo de vida.<sup>4</sup>

Além da recuperação da saúde física, a expectativa de melhorias na autoestima e na vida social pode ser um grande incentivo para optar pela cirurgia. Portanto, é evidente que a cirurgia bariátrica exige um processo de mudanças abrangentes por parte do paciente, que vai além da dieta nutricional, envolvendo o acompanhamento multiprofissional de clínicos, cirurgiões, nutricionistas e psicólogos.<sup>1</sup>

## METODOLOGIA

Trata-se de uma síntese integrativa com abordagem qualitativa, que busca estabelecer conexões entre as referências bibliográficas provenientes de fontes teóricas de renomados autores que discutem o tema em questão. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão bibliográfica para análise secundária nos bancos de dados online PUBMED, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores "Obesidade" e "Cirurgia Bariátrica". Essas publicações foram selecionadas por sua relevância e importância para o estudo.

Os critérios de exclusão incluíram artigos que apresentavam apenas o resumo disponível e aqueles que não se alinhavam aos objetivos propostos. Após a seleção da bibliografia, suas principais características foram agrupadas, com foco nas variáveis relacionadas à doença investigada.

## DISCUSSÃO

### EPIDEMIOLOGIA

A prevalência da obesidade vem crescendo acentuadamente nos últimos anos. Em 2005, 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos foram classificadas como tendo sobrepeso e 400 milhões como obesas. As projeções para 2015 indicavam aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e mais de 700 milhões obesas.

Inicialmente considerado um problema apenas em países de alta renda, o sobrepeso e a obesidade estão em dramática ascensão também nos países de baixa e média renda. Em 2005, no Brasil, 53,5% da população feminina e 47,4% da população masculina estavam com sobrepeso, e 18,3% das mulheres e 8,7% dos homens eram obesos. A projeção para 2015 previa que 73,6% das mulheres e 67,2% dos homens estariam com sobrepeso, e 39,7% das mulheres e 21,6% dos homens seriam obesos.<sup>5,7</sup>

### FATORES DE RISCO PARA OBESIDADE

A obesidade não é uma condição única, mas sim um grupo heterogêneo de desordens com múltiplas causas que resultam no fenótipo de obesidade. A influência genética na etiologia da obesidade pode ser modificada por fatores não-genéticos, como o ambiente e interações psicossociais, que afetam o gasto e o consumo energético. A ocorrência da obesidade resulta da interação entre fatores dietéticos, ambientais e uma predisposição genética. No entanto, há poucas evidências de que algumas populações sejam geneticamente mais suscetíveis à obesidade, o que sugere que os fatores alimentares e a atividade física são os principais responsáveis pela variação na prevalência da obesidade entre diferentes grupos populacionais.<sup>5</sup>

Entre os fatores alimentares, o excesso de energia e lipídeos contribui significativamente para o aumento da adiposidade. Estudos recentes com mulheres obesas no Brasil indicam uma alta ingestão de lipídeos. Além disso, a frequência alimentar também é relevante: indivíduos que consomem várias pequenas refeições ao longo do dia tendem a

ter menor peso do que aqueles que fazem poucas refeições grandes. A mecanização e o desenvolvimento da sociedade têm levado a uma redução na atividade física e, conseqüentemente, no gasto energético diário.<sup>5</sup>

Embora haja evidências de uma forte influência genética no desenvolvimento da obesidade, os mecanismos exatos ainda não são claros. A genética pode afetar o consumo e o gasto energético, o controle do apetite e o comportamento alimentar. A taxa metabólica basal (TMB), principalmente determinada pela quantidade de massa magra, também sofre influência genética. Há diferenças individuais na suscetibilidade à obesidade.<sup>5</sup>

O envelhecimento está ligado ao ganho de peso devido a fatores como o declínio na TMB causado pela perda de massa muscular, a diminuição da atividade física e o aumento do consumo alimentar. Algumas desordens endócrinas, como o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, também podem levar à obesidade, embora representem menos de 1% dos casos. Alterações no metabolismo de corticoesteróides, hipogonadismo em homens, ovariectomia em mulheres e a síndrome do ovário policístico são outros problemas endócrinos relacionados à obesidade.<sup>5</sup>

Problemas psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão, também estão associados ao ganho de peso, influenciando o comportamento alimentar. A etiologia da obesidade é complexa, resultando de interações entre fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.<sup>5</sup>

## MORBIDADE E MORTALIDADE ASSOCIADAS À OBESIDADE

A obesidade está associada a algumas das mais prevalentes doenças na sociedade moderna. O maior risco é para o desenvolvimento de diabetes mellitus. Quando o Índice de Massa Corporal (IMC) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) está acima de 35, aumenta o risco de seu desenvolvimento em 93 vezes em mulheres e 42 vezes em homens. Os maiores riscos à saúde causados pela obesidade aumentam progressivamente e desproporcionalmente ao aumento de peso, numa curva conhecida como em forma de "J". Além disso, o risco de mortalidade agrava-se ainda mais para pessoas obesas fumantes.<sup>3</sup>

Comparando com pessoas de peso normal, homens com 20% acima do peso desejável têm 20% a mais de chance de morrer por todas as causas; possuem o risco duas vezes maior de falecer por diabetes; têm 40% a mais de chance de desenvolver disfunções na vesícula biliar e 25% a mais de doenças coronarianas. Em homens com 40% acima do peso desejável, a mortalidade por todas as causas é 55% maior, apresentam 70% a mais de chance de

desenvolver doenças coronarianas, e o risco de morte por diabetes é quatro vezes maior do que entre pessoas de peso normal.<sup>3</sup>

Como pode-se perceber, apesar das doenças coronarianas representarem a maior causa de mortes relacionadas ao excesso de peso, as pessoas obesas frequentemente desenvolvem outras condições que as predispõem à mortalidade, em especial o diabetes mellitus e doenças do trato digestivo, além das neoplasias.<sup>3</sup>

A ocorrência de complicações da obesidade depende não apenas do excesso de peso, mas também da distribuição da gordura corporal, a qual pode estar localizada na região central ou abdominal (conhecida como obesidade em forma de maçã ou andróide) ou na região inferior ou do quadril (conhecida como em forma de pêra ou ginóide). A presença de tecido adiposo intra-abdominal é um fator de risco para distúrbios metabólicos e é determinada pela relação entre as circunferências da cintura e do quadril.<sup>3</sup>

A obesidade, particularmente aquela localizada na região abdominal, pode elevar o risco da ocorrência de Diabetes Mellitus não-dependente de insulina em dez vezes. Em torno de 75% dos pacientes diabéticos não-dependentes de insulina estão acima do peso desejável. Para aumento de 10% no peso corporal, há aumento de 2 mg/dl na glicemia em jejum. Considerando a distribuição da gordura corporal, a circunferência da cintura maior do que 100 cm pode isoladamente elevar o risco do desenvolvimento de diabetes em 3,5 vezes, mesmo após um controle do IMC.<sup>3</sup>

No desenvolvimento de diabetes, o tecido adiposo atua aumentando a demanda por insulina e, em pacientes obesos, criando resistência a esta, o que ocasiona aumento na glicemia e conseqüente hiperinsulinemia. Contudo, a sensibilidade do tecido adiposo à insulina pode permanecer alta, o que sugere que a lipogênese possa estar favorecida. Em alguns casos, essa resistência pode ser atribuída à diminuição na concentração de receptores de insulina, ou em falha no mecanismo de trânsito celular.<sup>3</sup>

Há um conjunto de desordens metabólicas e de complicações vasculares decorrentes da obesidade, denominado Síndrome Metabólica ou Síndrome X. Os componentes dessa síndrome são caracterizados pela hiperinsulinemia e por várias formas e graus de resistência à insulina, que explicam a relação entre várias disfunções e obesidade. O aumento da resistência à insulina e a conseqüente hiperinsulinemia em mulheres obesas estão associados ao aumento do tecido adiposo abdominal e às alterações hormonais. A hiperinsulinemia promove inibição da síntese de proteínas específicas transportadoras de testosterona.

Conseqüentemente, há aumento da concentração de testosterona livre, o que induz características andrógenas em mulheres, como o acúmulo de gordura na região abdominal. Dessa forma, a diabetes tipo II é agravada, uma vez que a resistência à insulina e a hiperinsulinemia são fatores predisponentes para o acúmulo de gordura abdominal e para várias outras doenças, como a hipertensão, as doenças cardiovasculares e as neoplasias.<sup>3</sup>

Em jovens adultos de 20 a 45 anos, a prevalência da hipertensão é seis vezes maior em obesos do que em não obesos. Para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg.<sup>3</sup>

A obesidade abdominal está mais associada ao aumento da pressão arterial do que a obesidade localizada na região do quadril. Em pacientes obesos, o acúmulo de gordura intra-abdominal resulta em aumento da liberação de ácidos graxos livres (AGL) na veia porta, elevando a síntese hepática de triacilgliceróis, aumentando a resistência à insulina e a hiperinsulinemia. A hipertensão é decorrente da resistência a esse hormônio e da hiperinsulinemia, as quais contribuem para aumento de retenção de sódio pelas células e na atividade do sistema nervoso simpático, distúrbio no transporte iônico da membrana celular e conseqüente aumento da pressão sanguínea.<sup>3</sup>

As três principais causas de morte no Brasil são o infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral, representando 300 mil mortes anuais ou 820 por dia. O total de mortes no Brasil por doença cardiovascular é de 34,0%. Alguns dos países que apresentam as maiores taxas de mortes por essa causa incluem Federação Russa, Bulgária, Inglaterra, Alemanha, Noruega, Áustria e Estados Unidos. Esses são apenas alguns exemplos da verdadeira epidemia mundial que vêm ocorrendo, conhecida pelos cardiologistas como a epidemia da cardiopatia isquêmica.<sup>3</sup>

Para cada 10% de aumento no peso corporal, há aumento na incidência de doenças coronarianas em aproximadamente 20%, além da elevação no colesterol plasmático em torno de 12 mg/dl. Isso está relacionado com a dislipidemia na obesidade, representada pela elevação do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (Low Density Lipoprotein — LDL-colesterol) e dos triglicérides circulantes, e diminuição na lipoproteína de alta densidade (High Density Lipoprotein — HDL-colesterol). Esse risco pode se tornar mais acentuado quando o ganho de peso está acompanhado por redução na atividade física e alta ingestão de ácidos graxos saturados.<sup>3</sup>

As doenças cardiovasculares têm origem também com a hiperinsulinemia, a qual aumenta a síntese de lipoproteína de muito baixa densidade (Very Low Density Lipoprotein — VLDL-colesterol), conduzindo a hipertrigliceridemia. Com isso, ocorre aumento no transporte arterial de colesterol e eleva-se a síntese de lipídeos endógenos. Posteriormente, há aumento na síntese de colágeno nas células da parede vascular e na formação de placas de lipídeos nas artérias associada a diminuição de sua remoção. Assim, haverá predisposição à formação do ateroma, elevando a probabilidade de ocorrência de problemas cardiovasculares.<sup>3</sup>

A localização do tecido adiposo na região abdominal também predispõe a problemas cardiovasculares. Uma forma simples para medir o grau de adiposidade intra-abdominal consiste na razão entre as circunferências da cintura e do quadril: para homens, o risco de desenvolver esse tipo de doença aumenta quando a relação cintura/quadril é acima de 1,0 e, para mulheres, quando essa relação é acima de 0,8. Quando isso ocorre em mulheres pré-menopausa, há diminuição progressiva na ligação entre os hormônios sexuais e a globulina, aumentando a concentração de testosterona livre, o que eleva a atividade androgênica e as concentrações de AGL. Em mulheres pós-menopausa, a deficiência de estrógeno também contribui para a distribuição de tecido adiposo característico do sexo masculino, e a perda da função ovariana está associada com o desenvolvimento de problemas aterogênicos.<sup>3</sup>

Homens com sobrepeso têm mortalidade significativamente maior por câncer colorretal e de próstata: homens cujo peso é cerca de 130% maior do que o peso médio para o seu biótipo têm 2,5 vezes mais chances de morrer por câncer de próstata que indivíduos normais.<sup>3</sup>

Mulheres acima do peso também têm maiores chances de desenvolverem câncer de colo uterino, ovário e mama. Além da contribuição do excesso de peso para o aumento na ocorrência de neoplasias, a concentração do tecido adiposo na região abdominal aliada à síndrome de resistência a insulina em obesas, elevam o risco de câncer de mama.<sup>3</sup>

Mulheres obesas, em especial as que apresentam obesidade abdominal, desenvolvem irregularidades no ciclo menstrual e amenorreia e apresentam mais problemas durante a gravidez, como a síndrome hipertensiva e a toxemia. Garotas obesas geralmente possuem a menarca em idades mais novas do que jovens com peso normal, já que a menstruação é provavelmente iniciada quando o peso corporal atinge certa massa corporal crítica. O aumento do tecido adiposo intra-abdominal, da concentração de testosterona livre e da

resistência à insulina também pode implicar desenvolvimento da síndrome do ovário policístico.<sup>3</sup>

A formação de cálculo na vesícula biliar é a forma mais comum de doença do trato digestivo em obesos. Mulheres obesas entre 20 e 30 anos apresentam um risco seis vezes maior no desenvolvimento de disfunção na vesícula biliar do que mulheres com o peso normal. Com a idade, em torno de 60 anos aproximadamente, um terço das mulheres obesas deve apresentar essa doença. A associação entre obesidade e cálculo na vesícula biliar pode relacionar-se com dois fatores: aumento no colesterol circulante quando os estoques de tecido adiposo são mobilizados; e aumento na taxa em que o colesterol é excretado na bile. A formação do cálculo na vesícula biliar depende da precipitação do colesterol de bile saturada. Para cada 1 kg de gordura corporal, aproximadamente 20 mg/dl de colesterol é sintetizado e, em obesos, a bile é muito mais saturada com colesterol.<sup>3</sup>

Há uma série de disfunções pulmonares em indivíduos obesos, como por exemplo a chamada síndrome Pickwickian ou síndrome da obesidade-hipoventilação, caracterizada por sonolência e redução da ventilação. Há queda uniforme no volume de reserva expiratório e na capacidade vital. O aumento na quantidade de gordura acumulada na região peitoral e abdominal limita os movimentos respiratórios e diminui o volume pulmonar. Na medida em que o indivíduo se torna mais obeso, ocorre sobrecarga muscular para a ventilação, resultando em disfunção da musculatura respiratória.<sup>3</sup>

A relação entre artrite e obesidade consiste em problema mecânico e não metabólico. O excesso de peso facilita a ocorrência de traumas, principalmente nas articulações, como a osteoartrite no joelho. Contudo, o excesso de tecido adiposo pode atuar no metabolismo esquelético, devido à alteração no metabolismo de estrógeno.<sup>3</sup>

A obesidade ainda pode ser associada a uma série de desordens, como problemas no trato digestivo (problemas no fígado, esofagite), tromboembolias, diminuição na capacidade cardíaca e problemas de pele, maior incidência de complicações cirúrgicas e obstétricas, e mais suscetibilidade a acidentes. Apesar da obesidade não estar associada ao aumento de risco em problemas psiquiátricos, geralmente esses pacientes têm incidência maior de problemas psicológicos e de discriminação social.<sup>3</sup>

## TRATAMENTOS PARA A REDUÇÃO DA OBESIDADE

A redução da massa corporal, especialmente da gordura, melhora significativamente a qualidade de vida e reduz a morbidade e mortalidade em pacientes obesos. No entanto, é

crucial diferenciar entre redução de peso e de gordura corporal, já que frequentemente são usados como sinônimos de forma equivocada. É possível reduzir a gordura corporal sem diminuir o peso total, como ocorre no ganho de massa muscular, onde o aumento do peso muscular pode superar a perda de gordura, levando ao aumento do peso corporal total. Portanto, o foco no tratamento da obesidade deve estar na redução da gordura corporal, pois é essa perda que traz benefícios à saúde.<sup>3</sup>

## DIETA

Tratamentos para a obesidade muitas vezes envolvem a restrição da ingestão calórica total para alcançar um déficit energético e reduzir o peso corporal. Estratégias comuns incluem o uso de Very Low Calorie Diets (VLCD) com consumo energético menor que 800 kcal/dia e restrições energéticas moderadas com consumo de 1200 kcal/dia ou mais. As VLCDs promovem uma perda de peso mais rápida, enquanto a restrição moderada resulta em uma diminuição mais gradual. No entanto, o principal desafio das VLCDs é a manutenção do peso perdido após o término da dieta. Dietas com severa restrição calórica, bem como jejuns prolongados, são indesejáveis e perigosos para a saúde, resultando na perda de grandes quantidades de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e outros tecidos isentos de gordura, com mínima redução da massa adiposa.<sup>3,5</sup>

1388

Uma quantidade adequada de fibras alimentares na dieta é essencial, pois contribui para a redução da ingestão calórica, aumento da saciedade, diminuição na secreção de insulina e redução do colesterol plasmático e LDL. Dietas ricas em fibras ajudam também a minimizar problemas cardiovasculares. Durante dietas hipocalóricas, ocorrem mudanças adaptativas no organismo, como redução na taxa metabólica basal, diminuição na massa magra e redução no custo energético dos movimentos, o que leva a uma diminuição na oxidação de gorduras e pode resultar em redução de proteínas musculares e hepáticas, além de possíveis alterações na proteína das fibras musculares cardíacas.<sup>3,6</sup>

## Exercícios Físicos

A prática regular de exercícios físicos traz inúmeros benefícios para o organismo, como melhora na capacidade cardiovascular e respiratória, redução da pressão arterial em hipertensos, e melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina. Indivíduos fisicamente ativos, mesmo com excesso de peso, apresentam menor morbidade e mortalidade comparados aos sedentários. O exercício regular contribui para a redução de peso criando

um balanço energético negativo, promovendo a perda gradual de gordura e auxiliando na manutenção do peso perdido inicialmente com a dieta hipocalórica.<sup>3</sup>

Embora a dieta isolada seja mais eficiente para produzir um déficit energético do que o exercício físico, a combinação de ambos pode prevenir a redução da resposta lipolítica e na oxidação de gorduras, além de ajudar a manter o peso perdido. A inclusão de exercícios físicos no tratamento da obesidade oferece vantagens significativas em termos de saúde geral e manutenção do peso.<sup>3</sup>

### **Medicamentos**

O tratamento medicamentoso para a obesidade inclui o uso de várias drogas, como anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e antidepressivos como fluoxetina e sertralina. No entanto, há controvérsias sobre sua utilização devido à falta de estudos sobre seus efeitos a longo prazo. Esses medicamentos frequentemente criam expectativas de cura para a obesidade, mas as pessoas tendem a recuperar o peso após a suspensão do medicamento. Efeitos colaterais comuns incluem sonolência, nervosismo e distúrbios gastrointestinais.<sup>3</sup>

### **Mudança Comportamental**

Dada a importância dos fatores cognitivos e emocionais no aumento do consumo de alimentos, a mudança comportamental é uma abordagem eficaz no tratamento da obesidade. O auto-monitoramento é uma prática fundamental, onde o indivíduo observa e registra seus comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes relacionados à alimentação e à prática de exercícios físicos. Programas de mudança comportamental incluem educação sobre a etiologia e fisiopatologia da obesidade, educação alimentar e nutricional, estratégias de exercícios, técnicas para evitar o reganho de peso e apoio familiar e social, além do acompanhamento por uma equipe multidisciplinar de saúde.<sup>3</sup>

### **Cirurgia Bariátrica**

Os candidatos ao tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) são pacientes com IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> ou com IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do sono, entre outras. A seleção de pacientes requer um histórico mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e a falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados. A cirurgia é

contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Contraindicações psiquiátricas também são mencionadas, embora ainda sejam fonte de controvérsias e discussão.<sup>2</sup>

As cirurgias bariátricas são classificadas em disabsortivas e/ou restritivas, com três técnicas principais de tratamento cirúrgico reconhecidas. A gastroplastia vertical com bandagem, desenvolvida em 1982 por Mason, é uma cirurgia restritiva que cria um compartimento fechado no estômago, resultando em uma redução média de 30% do peso total nos primeiros anos. No entanto, a perda de peso diminui para menos de 20% após 10 anos, devido ao aprendizado dos pacientes em consumir alimentos líquidos hipercalóricos que passam rapidamente pelo estômago estreitado.<sup>2</sup>

A "Lap Band" é outra técnica cirúrgica restritiva relativamente recente. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago, conectada a um dispositivo sob a pele que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico. Esta técnica ainda necessita de mais estudos de seguimento para melhor avaliação.<sup>2</sup>

Nos últimos anos, a técnica predominante tem sido a cirurgia de Capella, que combina restrição e disabsorção. Nesta técnica, a gastroplastia é associada a uma derivação gastrojejunal em Y de Roux. O estômago é reduzido a um volume menor que 30 ml, com um anel de contenção na saída do compartimento (orifício menor que 1,5 cm) conectado a uma alça intestinal. A ingestão de carboidratos simples pode causar a síndrome de "dumping", que inclui náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica e sintomas de hipoglicemia, ajudando na manutenção da perda de peso. Com esta técnica, os pacientes perdem em média 35% do peso a longo prazo. É uma técnica segura, com baixa morbidade.<sup>2</sup>

Um outro procedimento, menos frequente, é a técnica de Scopinaro, que envolve um "bypass" biliopancreático parcial com gastrectomia distal, utilizada em pacientes extremamente obesos.<sup>2</sup>

Os resultados esperados da cirurgia bariátrica incluem perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida. Relatos indicam melhorias na qualidade de vida, parâmetros cardiorrespiratórios (dor torácica, dispneia, apneia do sono e hipertensão) e metabólicos (diabetes e distúrbios lipídicos) associados à perda substancial de peso induzida pela cirurgia.<sup>2</sup>

## CONCLUSÃO

A obesidade representa um desafio multifacetado que exige uma abordagem igualmente complexa para seu manejo eficaz. A cirurgia bariátrica se destaca como uma das opções mais eficazes para a redução de peso a longo prazo e a melhora das comorbidades associadas à obesidade. No entanto, a decisão por esse tipo de intervenção deve ser tomada com cautela, considerando não apenas os benefícios físicos, mas também as possíveis consequências psíquicas que podem surgir. É crucial que a abordagem ao tratamento da obesidade seja integrada e contínua, envolvendo uma equipe multiprofissional que inclua clínicos, cirurgiões, nutricionistas e psicólogos. Essa abordagem holística não apenas apoia a recuperação física, mas também oferece suporte necessário para enfrentar os desafios emocionais e psicológicos que acompanham a perda de peso significativa. Além disso, é essencial que os pacientes estejam cientes das mudanças permanentes no estilo de vida que a cirurgia bariátrica demanda, reforçando a importância do autocuidado e da manutenção de hábitos saudáveis a longo prazo. O aumento das taxas de obesidade mundialmente, especialmente em países em desenvolvimento, sublinha a necessidade de políticas públicas efetivas e programas de prevenção que promovam estilos de vida saudáveis desde cedo. A obesidade não é apenas um problema individual, mas uma questão de saúde pública que requer esforços colaborativos de diversas frentes, incluindo educação, políticas de saúde e suporte comunitário. Portanto, enquanto a cirurgia bariátrica pode ser uma ferramenta poderosa no combate à obesidade, ela deve ser vista como parte de uma estratégia maior que inclua prevenção, educação e suporte contínuo para garantir a sustentabilidade dos resultados e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A conscientização e a educação sobre os riscos e benefícios das diferentes abordagens ao tratamento da obesidade são fundamentais para ajudar os indivíduos a tomar decisões informadas e promover uma saúde melhor a nível global.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Isabela Medeiros de; NESPOLI, Natália Salviato. Para além da bariátrica: revisão de literatura sobre as possíveis consequências psíquicas da cirurgia. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 13, n. 4, p. 139-152, dez. 2021. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2021000400011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000400011&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 02 jun. 2024. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1328>.

2. FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2004, v. 26, n. 1 [Acessado 2 Julho 2024], pp. 47-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>>. Epub 13 Set 2005. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>.
3. FRANCISCHI, R. P. P. de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Revista de Nutrição, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan. 2000.
4. NOVELLE, J. M.; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 65, n. 3, p. 262-285, jul. 2016.
5. VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M. E.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Panamer Salud Publica. 2004;16(5):308-14.
6. WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 185-194, jan. 2010.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight and what is the scale of the obesity problem in your country? Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 2006. [Citado em 2008 dez. 13]. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>> e <<http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=118>>.