

■ Artigo Original

Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos

Bariatric Surgery – Psychological and Psychiatric Aspects

VERENICE MARTINS DE OLIVEIRA¹
ROSA CARDELINO LINARDI¹
ALEXANDRE PINTO DE AZEVEDO²

Resumo

A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. As cirurgias antiobesidade podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica, ou que interferem na digestão ou, ainda, uma combinação de ambas as técnicas. A maneira mais objetiva para classificar a obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). Pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida. As principais indicações para a cirurgia bariátrica são: obesos com IMC maior que 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m², associado com doenças clínicas descompensadas pela própria obesidade. O papel do psicólogo é o de avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia e auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré e pós-cirúrgico. Quanto a possíveis contra-indicações psiquiátricas para a cirurgia antiobesidade, não há consenso na literatura.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, obesidade mórbida, aspectos psiquiátricos da obesidade.

Recebido: 02/09/2004 - Aceito: 15/09/2004

1 Psicóloga clínica do Grupo de Estudo, Assistência e Pesquisa em Comer Compulsivo e Obesidade – GRECCO/Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Ipq – AMBULIM – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP

2 Médico psiquiatra. Coordenador do GRECCO-AMBULIM/IPq/HC/FMUSP

Endereço para correspondência: AMBULIM – Rua Dr. Ovideo Pires de Campos, 785 – 2º andar – 05403-010 – São Paulo – SP – e-mail: ambulim@hnet.usp.br – Fone: (11) 3069-6975.

Abstract

Bariatric surgery is the only proven effective therapy for long-term control of morbid obesity. This surgery can be broadly divided into procedures that limit the stomach's capacity, that interfere with digestion or a combination of both the techniques. The best way to classify the obesity is the Body Mass Index (BMI). Obesity becomes a serious disease when it is morbid, that is, when the BMI exceeds 40 kg/m². The main indications for the bariatric surgery are individuals with a BMI > 40 or those with a BMI > 35 who also present any comorbidity. Psychological aspects should be evaluated, like if the individual is emotionally prepared for the surgery. Beyond, psychiatric contraindications for bariatric surgery are not well-established.

Keywords: Bariatric surgery, morbid obesity, psychiatric aspects of obesity.

Introdução

A obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, devido ao seu crescente aumento e as graves conseqüências que pode acarretar. Trata-se de um fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos (Björntorp, 2003).

A maneira mais objetiva para classificar a obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). A faixa de peso de IMC considerada normal varia de 19 a 24,9 Kg/m². Pessoas com IMC de 25 a 30 são consideradas acima do peso (sobrepeso), enquanto aquelas entre 30 e 40 já são classificadas como obesas. Finalmente, pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida. Os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida, reduz a qualidade de vida e a auto-estima e que requerem abordagens eficientes para promover uma redução do peso. Esses pacientes são candidatos à cirurgia bariátrica (Björntorp, 2003).

A cirurgia bariátrica

As cirurgias antiobesidade podem ser didaticamente divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica (as 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).

Indicações para a cirurgia bariátrica devem preencher alguns critérios, como IMC maior que 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m², associado com

doenças com, no mínimo, cinco anos de evolução e que melhorem com a perda de peso, como diabetes melito e hipertensão arterial, doenças osteoarticulares (principalmente de membros inferiores), apnéia do sono, histórico de falha de tratamentos conservadores prévios e ausência de doenças endócrinas como causa da obesidade (Pories, 2003).

Quanto à possibilidade de contra-indicações psiquiátricas para a cirurgia bariátrica, não há consenso na literatura. Embora a presença de transtornos depressivos, afetivo bipolar ou psicótico costumem ser considerados como contra-indicações para a realização da cirurgia, não há dados ou fatores preditivos de bom ou mal prognóstico adequadamente estudados e/ou comprovados (Segal, 2002). De forma geral, utiliza-se o bom senso de liberar o paciente com transtorno psiquiátrico já estabilizado ou pelo menos tendo iniciado o tratamento específico, considerando o risco da própria obesidade mórbida como principal indicador do ato cirúrgico. Cuidado especial deve ser dado a pacientes portadores de dependência de etílicos pela sua associação com má evolução pós-operatória e risco de morte (Hsu, 1998).

No pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais ele atravessará. Um acompanhamento psicológico fornece condições para que o paciente perceba a amplitude do processo que passará e o ajuda a tomar decisões mais conscientes e de acordo com seu caso particular. A cirurgia bariátrica deve ser contra-indicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos de eixo I ou por incapacidade cognitiva (Segal, 2002).

Aspectos psicológicos e psiquiátricos

Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade (Coutinho, 1999), a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar.

Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade. Porém, a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade. A presença de psicopatologia é restrita a grupos específicos, tal como acontece em outras doenças crônicas. Assim, a obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como conseqüência desta última (Khaodhiar, 2001).

A cirurgia antiobesidade é um procedimento complexo e, assim como qualquer cirurgia de grande porte, apresenta risco de complicações. Portanto, o paciente precisa conhecer muito bem qual é o procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia. Desta forma, além das orientações técnicas, o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as fases do processo.

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. É neste momento que o trabalho psicológico é de extrema importância, podendo auxiliar o paciente a se conhecer e a se compreender melhor, a 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).

Tratando-se de pacientes obesos mórbidos, podemos dizer que a imensa maioria dos que chegam à cirurgia bariátrica traz alterações emocionais. Essas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes da obesidade ou entre as conseqüências. 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 têm dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem (Nunes 1998).

O tratamento desta patologia requer uma equipe multidisciplinar, e o papel do psicólogo dentro da equipe é o de avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia, auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré-cirúrgico (avaliá-lo quanto aos seus conhecimentos sobre a cirurgia, riscos e complicações, benefícios esperados, exames e seguimentos requeridos em longo prazo, conseqüências emocionais, sociais e físicas e responsabilidades esperadas), inclusive, detectar e tratar os pacientes portadores ou potencialmente sujeitos a distúrbios psicológicos graves (Franques, 2003).

Referências bibliográficas

- BJÖRNTORP, P.- Definition and classification of obesity. In: Fairbairn & Brownell (eds) *Eating disorders and obesity*. 2.ed, New York, p. 377-81, 2003.
- COUTINHO, W.- Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab* 43: 21-67, 1999.
- FRANQUES.- Sobre o Comportamento e cognição. In: Arruda RTC (ed) *Obesidade mórbida e intervenção*, ESETEC Editores Associados, pp. 335, 2003.
- Hsu, L.K.; BENOTTI, P.N. et al.- Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*, 60 (3): 338-46, 1998.
- KHAODHIAR, L.; BLACKBURN, G.L.- Health benefits and risks of weight loss. In: Björntorp, P. (ed) *International textbook of obesity*, John Wiley & Sons, Chichester pp. 413-40, 2001.
- NUNES; APOLINARIO; ABUCHAIM; COUTINHO e cols.- *Transtornos alimentares e obesidade*, ArtMed, Porto Alegre, 1998.
- 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.
- SEGAL, A.; LIBANORI, H.T.; AZEVEDO, A.- Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obesity Surgery* 12(4): 598-601, 2002.