



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE

TERAPIA OCUPACIONAL

NAYARA SÍNTIQUE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE OBESOS
MÓRBIDOS**

BRASÍLIA - DF

2014

NAYARA SÍNTIQUE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE OBESOS
MÓRBIDOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Prof.^aM.. Flávia Mazitelli

BRASÍLIA - DF

2014

De Oliveira, Nayara Síntique Rodrigues

Contribuições da Terapia Ocupacional no Tratamento de Obesos
Mórbidos / Nayara Síntique Rodrigues de Oliveira – Brasília, 2014

66f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de
Brasília – Faculdade de Ceilândia, 2014.

Orientadora: Prof.^a Flávia Mazitelli, Faculdade de Ceilândia.

1. Obesidade Mórbida. 2. Cirurgia Bariátrica. 3. Terapia Ocupacional

NAYARA SÍNTIQUE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE OBESOS
MÓRBIDOS**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso
apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília.

Professora Mestre, Flávia Mazitelli Oliveira

Professor-Orientador

Professor-examinador

Professor-examinador

Aprovado em:

Brasília, 02 de Julho de 2014

RESUMO

Introdução: As causas e consequências da obesidade têm sido amplamente discutidas por tratar-se de um grave problema de saúde pública, de caráter emergencial que atinge o mundo todo, sem limitações sócio-geográficas. A doença é de causa multifatorial e ameaçadora da vida, sendo responsável por graus de incapacidades na vida cotidiana do sujeito. O diagnóstico é dado a partir de exames clínicos e bioquímicos e a doença é classificada de acordo com o resultado do Índice de Massa Corporal, padronizado pela Organização Mundial de Saúde.

Objetivo: Identificar a contribuição da prática em Terapia Ocupacional na assistência do indivíduo obeso mórbido. **Metodologia:** É apresentada a produção de conhecimentos científicos nos campos da Terapia Ocupacional e da Obesidade pesquisas realizadas a partir de 1997, que foram selecionadas por meio de revisão da literatura, pesquisadas em fontes secundárias coletadas a partir de bases de dados como DATASUS, SCIELO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, BIREME e LILACS, livros, periódicos e materiais disponíveis na internet. A abordagem é qualitativa do tipo descritiva. **Discussão dos resultados:** O fenômeno da transição nutricional é apontado como principal responsável pelo desenvolvimento de doenças crônicas contemporâneas, se destacando a obesidade. A cirurgia bariátrica é tida como a forma mais usual e eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Porém, tem implicação direta quanto ao prognóstico psicossocial do sujeito. É compreendida como uma doença grave, que envolve desde questões biológicas às psicossociais. Devido à sua complexidade, deve ser tratada em equipe multiprofissional. A Terapia Ocupacional é a profissão que melhor lida com as práxis humanas, intervindo diretamente no cotidiano do obeso mórbido, promovendo qualidade de vida e bem-estar, por meio de atividades direcionadas e significativas. **Considerações finais:** Faltam políticas públicas contundentes com relação aos obesos. Deve-se priorizar definir estratégias em saúde e educação para a prevenção e agravo da doença, diminuindo o número de pessoas que procuram a cirurgia bariátrica como principal forma de tratamento. A Terapia Ocupacional possibilita novos espaços de vivência ao obeso mórbido, contribuindo positivamente no processo de emagrecimento e redução das comorbidades.

Palavras-chaves: Obesidade Mórbida. Cirurgia Bariátrica. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: The causes and consequences of obesity have been widely discussed mainly because it is a public health emergency that affects all the world, without socio-geographical limitations. The disease is multifactorial and can put lives in danger, causing many degrees of disability. The diagnosis is made based on clinical and biochemical exams and the disease is classified according to the outcome of the Body Mass Index, stipulated by the World Health Organisation **Objective:** Identify the contribution of occupational therapy practice in the care of individuals with morbid obesity. **Methodology:** Production of scientific knowledge in the fields of occupational therapy and obesity research made since 1997 there for were selected a few literature reviews, and secondary sources collected from databases like Datasus, SCIELO MINISTRY OF HEALTH, BIREME and LILACS, books, periodicals and materials available on the internet. The approach is qualitative descriptive type. **Discussion** Of results: the phenomenon of nutritional transition is identified as the primary developer of contemporary chronic diseases, mainly obesity. Bariatric surgery is considered the most common and effective way of treatment for morbid obesity. However, it has direct implications on the psychosocial prognosis of the individual. It is understood as a serious illness, which involves everything from biological to psychosocial issues. Due to its complexity, should be treated with a multidisciplinary team. Occupational therapy is a professional that better handles human praxis, directly intervening in daily morbid obesity, promoting quality of life and well-being, through targeted and meaningful activities. **Final Thoughts:** There are a lack of public policy focused on obesity. It implies defining strategies on health and education for the prevention of disease and injury, reducing the number of people seeking bariatric surgery as the primary form of treatment. Occupational therapy enables new living spaces to the morbidly obese, contributing positively in weight loss and reduction of comorbidities process.

Keywords: Morbid Obesity. Bariatric Surgery. Occupational Therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. JUSTIFICATIVA.....	14
4. REVISÃO DA LITERATURA	16
4.1. Obesidades – conceitos, classificações e causas.....	16
4.2. Estabelecimentos do diagnóstico e suas dificuldades	19
<i>4.2.1. O diagnóstico em crianças e adolescentes.....</i>	<i>22</i>
4.3. Tratamentos	24
4.4. Cirurgia bariátrica	28
4.5. Aspectos psicossociais da obesidade mórbida	31
4.6. Legislação	35
4.7. Terapia Ocupacional	36
5. METODOLOGIA	38
5.1. Caracterização da pesquisa	38
5.2. Dos bancos de dados.....	38
5.3. Dos critérios de inclusão e exclusão	39
5.4. Do fichamento bibliográfico	39
5.5. Da análise dos dados.....	39
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
6.1. Contribuições da terapia ocupacional na complexidade da obesidade mórbida	43
<i>6.1.1 Das dificuldades de se viver em situação de obesidade mórbida</i>	<i>44</i>

<i>6.1.2. Da autoimagem</i>	46
<i>6.1.3. Do estigma</i>	48
<i>6.1.4. Da ressignificação do cotidiano</i>	50
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
9. ANEXOS	63
9.1. Avaliações para autoimagem corporal	63

1. INTRODUÇÃO

A Antropologia entende a alimentação como fenômeno sociocultural, que passa por modificações ao longo da história da humanidade. Além de nos alimentarmos por questão de sobrevivência, sendo necessidade básica e vital, alimentar-se vai além das questões fisiológicas, e é compreendido como um hábito modelado pela cultura e que sofre os efeitos da organização da sociedade (GARCIA, 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial, pesquisadores começaram estudar sobre uma relação causal entre alimentação e doenças crônicas, como enfermidades cardiovasculares, diabetes, neoplasias em homens e em mulheres, entre outras doenças que provocaram mudanças na nossa maneira de lidar com a comida. Esse novo perfil epidemiológico, ao passar do tempo, deixou de ser restrito a países ricos, sendo a população de países pobres também parte desse processo dialético (GARCIA, 1997).

As doenças crônicas não-transmissíveis têm caráter irreversível, e interferem em todos os contextos do indivíduo. Afeta o ser humano em sua totalidade, podendo causar dificuldades na inserção ou reinserção no mercado de trabalho, ocasiona problemas financeiros devido ao alto gasto com o tratamento, diminui o prazer que era obtido em diversas atividades, além de prejuízos nas relações pessoais (RIBAS, 2009 apud. GUIMARÃES, 1999, p.22).

Pelo prisma social, a representação da prática de comer, mais do que qualquer outra, tem sido apontada como um dos fatores principais para o desencadeamento de doenças crônicas fortemente presentes no mundo ocidental, além de outros componentes agregados à vida moderna que acabam por interferir no estado de saúde. O estilo de vida moderno corresponde ao principal determinante às doenças crônicas, tendo como produtos do modo de viver a alimentação, o sedentarismo, a poluição atmosférica, ruídos, tabagismo e as condições de vida (GARCIA, 1997 apud LAPLATINE, 2004).

Assim, as doenças crônicas estão em franca ascensão nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e seus desdobramentos evidenciam prejuízos à qualidade de vida dos indivíduos, representando um desafio aos serviços e às políticas de saúde pública.

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não-transmissíveis, destaca-se a obesidade e suas conseqüentes comorbidades como hipertensão e diabetes. Duarte (2005, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a) por sua vez alerta que o sobrepeso por si não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas. Porém, deve-se levar em

consideração a história do excesso de peso, pois contribui com o risco de desenvolvimento de doenças secundárias, evidenciando fatores como a idade do aparecimento do sobrepeso e padrões de oscilação da massa corporal.

A prevalência de sobrepeso e obesidade cresceu de maneira importante nos últimos 30 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a), sendo vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupantes no mundo.

No Brasil, dados colhidos pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, valiam o excesso de peso em 50% dos homens e também em 50% das mulheres (IBGE, 2010). O Ministério da Saúde publicou no 'Indicadores e Dados Básicos' (IDB) que em 2008-2009 a prevalência da obesidade foi diagnosticada em praticamente 13% dos homens e 17% das mulheres, entre 25 e 59 anos de idade (DATASUS, 2011). Sendo que 3% dos homens e 7% das mulheres já atingiram o estado de obesidade classe III ou obesidade mórbida (ALMEIDA, 2011). O IDB de 2012 aponta maior prevalência de obesidade na região Norte (17,9), seguida do Sudeste (17,7), em terceiro lugar a região Sul (16,9), depois Nordeste (16,7) cabendo ao Centro-Oeste a menor prevalência (15,6) da doença (DATASUS, 2012).

A obesidade está relacionada com o poder aquisitivo familiar, quanto maior a renda, maior a prevalência da doença, o que justifica ser predominante nas áreas urbanas. O excesso de peso na população menos favorecida pode ser explicado pela falta de informação sobre uma alimentação balanceada, falta de atividade física regular, e pelo consumo de alimentos muito calóricos, sendo a dieta tradicionalmente baseada em cereais, óleo e açúcar. A população mais privilegiada tem maior acesso às informações sobre os prejuízos que a doença pode ocasionar, sobre alimentação adequada e a importância da prática de atividade física, portanto, há menor número de pessoas obesas nessas classes sociais (TOLONI et al., 2011 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

“A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e intervenção em saúde, em educação e na área social. O terapeuta ocupacional trabalha com tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam, temporária ou definitivamente, limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social” (DE CARLO e LUZO, 2004, p. 11).

A visão holística do sujeito e a preocupação pelo reconhecimento de seus mais variados contextos (social, de saúde, ocupacional) sempre estiveram presentes para a profissão. A Terapia Ocupacional prima pela qualidade de vida, cidadania, prevenção e promoção da saúde – se esbarrando com conceitos também previstos pelo Sistema Único de Saúde nacional (CARVALHO, 2012). A profissão busca incorporar princípios e fundamentos da prática centrada no cliente/paciente, prática centrada na família, funcionalidade e modelos centrados na ocupação. (TROMBLY, 1993).

A Terapia Ocupacional tem a *atividade* como objeto de atuação, sendo o fazer, o labor e a ocupação meios de significação do *self*, do cotidiano e das relações humanas com o ambiente (FMRP, 2014; ASSAD e PEDRÃO apud CASTRO, 2011).

São diversas as áreas de atuação, tendo suas bases na saúde mental, na reabilitação, na prática hospitalar, na área educacional, social e outras, que garante ao terapeuta ocupacional uma formação geral e ampla, que vem sendo reconhecida e valorizada pelos serviços de saúde e instituições de formação profissional, surgindo novos cursos de graduações pelo país, cada vez mais, além do maior número de vagas em concursos públicos (CARVALHO, 2012).

Esta pesquisa compete-se em apresentar em capítulos, abordagens concernentes ao conceito de obesidade, estabelecimento do diagnóstico e suas implicações, tratamentos, aspectos psicossociais da doença e questões envolvendo a Terapia Ocupacional.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

Identificar contribuições da Terapia Ocupacional na assistência ao sujeito obeso mórbido.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as principais dificuldades do paciente obeso mórbido.

Identificar e descrever o tratamento da obesidade mórbida.

Revisar a atuação da Terapia Ocupacional, evidenciando as possíveis intervenções no tratamento de obesos mórbidos.

3. JUSTIFICATIVA

Como explanado anteriormente, a obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupantes devido ao seu crescente aumento e às graves consequências que pode acarretar (OLIVEIRA et al., 2004). Há estimativa de 99 milhões de indivíduos obesos nos Estados Unidos e 15 milhões no Reino Unido (O GLOBO, 2009). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 revelou que no Brasil, 10,5 milhões de pessoas são obesas (REVISTA ÉPOCA, 2004).

Globalmente, o número de obesos teve crescimento de 250 milhões em 1980, para 904 milhões em 2008, representando 11% de elevação dos índices da doença, principalmente em países de economia emergente. Tal fato pode ser justificado pelo, também, crescimento do rendimento da população, que, por isso, vem mudando seu cardápio. Especialistas sugerem várias razões que explicam o aumento. “Com renda mais alta, as pessoas têm a possibilidade de escolher o alimento que elas querem; mudanças no estilo de vida, o aumento da disponibilidade de alimentos processados, publicidade, influências da mídia... tudo isso levou a mudanças na dieta” (ABESO, 2014 c).

Neste mesmo cenário e como desencadeamento desta transição nutricional e seus desdobramentos, houve, também, aumento do número de cirurgias bariátricas no Brasil: em 2003 foram realizados 16 mil procedimentos, já em 2012, o número de cirurgias para reduzir o estômago, pulou para 72 mil, um aumento de 350% (CBN, 2013). O Sistema Único de Saúde foi responsável pela realização de 6.493 cirurgias bariátricas em 2013, número 45% maior que os índices registrados em 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 d).

Em um contexto de causas multifatoriais, o obeso grave vê na cirurgia bariátrica a solução para todos os seus problemas, que vão além do excesso de massa ponderal. Trata-se de complicações secundárias, como doenças do coração, incluindo o desencadeamento de fatores psicológicos, dificuldades no desempenho ocupacional e nas relações interpessoais. Porém, nem sempre a intervenção cirúrgica é a fórmula mágica para a retomada da qualidade de vida, podendo não corresponder às expectativas do indivíduo por completo, produzindo uma negativa de sentimentos.

A realização dessa pesquisa foi, então, motivada pela importância que representam os índices de obesidade mórbida e suas doenças consequentes como problemas de saúde pública mundial; por se tratar de um assunto frequente e de caráter emergencial nos programas de

políticas públicas em saúde; por perceber um espaço passível de exploração da atuação da Terapia Ocupacional, com inúmeras possibilidades de contribuição para o paciente, para a família e para a equipe médica; por intuir, numa visão terapêutica ocupacional, a complexidade da obesidade e seus desdobramentos negativos consonantes e concomitantes ao doente; não obstante, a motivação se deu também por compreender a importância de lidar com as potencialidades residuais e a subjetividade do paciente, não o reduzindo à patologia.

Desta forma, almeja-se colaborar com o entendimento da contribuição do terapeuta ocupacional no tratamento de obesos mórbidos, dentro de equipe multiprofissional.

Devido à escassez de publicações que revelem a consonância do papel do terapeuta ocupacional com o tratamento da obesidade grave, esta pesquisa tem como caráter elementar, evidenciar a temática para servir de fonte de conhecimento para profissionais e estudantes de Terapia Ocupacional, para os demais profissionais que possam vir a fazer parte da equipe de assistência ao paciente obeso e, também, para a população como um todo.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. OBESIDADE – CONCEITOS, CLASSIFICAÇÕES E CAUSAS

A palavra obesidade vem do Latim OBESITAS, que significa “gordura física”, “corpulência”; de OBEDERE, “comer muito”, “devorar”, formada pelo prefixo OB, “que significa sobre” e o sufixo EDERE, “comer”. Naturalmente pode-se entender “engordar por comer muito” (MIRIAM, 2010).

A ciência apresenta o organismo humano como resultante de variadas interações ao longo do seu desenvolvimento, que compreende fatores genéticos, socioeconômicos, culturais e educacionais, além da influência direta do ambiente e dos comportamentos individual e familiar. Sendo assim, trazemos, individualmente, características peculiares e singulares que nos fazem distinguir do outro, especialmente em saúde e nutrição. A ocorrência da obesidade configura-se como produto dessas diversas interações, destacando-se aspectos genéticos, ambientais e comportamentais (CZEPIELEWSKI, 2001).

Trata-se de uma enfermidade crônica, de distúrbio metabólico, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de energia armazenada em forma de triglicerídeos no tecido adiposo, causada basicamente pela ingestão de alimentos maior que o gasto calórico do organismo (ADES; KERBAUY, 2002).

Os fatores que levam ao balanço energético positivo são variáveis de pessoa para pessoa. Embora haja evidências sugerindo a influência genética no desenvolvimento da obesidade, esses mecanismos ainda não foram devidamente esclarecidos. Acredita-se que os fatores genéticos estejam mais relacionados com a eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal; ao controle do apetite e ao comportamento alimentar. Algumas desordens endócrinas também estão relacionadas ao desenvolvimento da doença, como por exemplo, o hipertireoidismo, mas estas causas representam menos que 1% dos casos de excesso de peso (FRANCISCHI et al, 2000).

O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde traz em suas constatações que, embora os fatores genéticos possam contribuir com a ocorrência da obesidade, estima-se que somente uma pequena parcela dos índices na atualidade está atribuída a esses fatores. Destacando-se, portanto, como preponderante o estilo de vida ocidental decorrente da chamada

transição nutricional, que estão fortemente ligadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, e o advento de tecnologias que favorecem o sedentarismo. O novo padrão traz a ingestão de alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes, pobres em fibras e micronutrientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a).

Problemas psicológicos também estão associados ao ganho de peso, como por exemplo, estresse, depressão, ansiedade e compulsão alimentar. São identificadas situações e fases do curso da vida em que as pessoas tendem a ficar mais suscetíveis à obesidade; bem como fatores relacionados ao ciclo reprodutivo e gestação e determinadas situações de violência. Mudança de momentos da vida como envelhecimento, casamento, viuvez ou separação e a suspensão do hábito de fumar são exemplos dessa vulnerabilidade (GIGANTE, 1997).

Em 2008 quase 1,5 bilhão de adultos acima de 20 anos de idade, estava acima do peso ideal. Destes, mais de 200 milhões de homens e aproximadamente 300 milhões de mulheres já estavam definitivamente obesos. 65% da população mundial vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais pessoas do que o baixo peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Também é importante discriminar a obesidade do sobrepeso. Troiano & Flegal (1998) definem excesso de peso como um aumento do peso (não necessariamente excesso de gordura), tendo como parâmetro a altura do indivíduo. A obesidade reflete, qualitativamente e quantitativamente, a proporção de massa, tecido adiposo.

Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). A maneira mais usual na prática clínica e na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é o Índice de Massa Corporal (IMC), calcula-se dividindo o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$.

Quadro 1

Resultado do cálculo do IMC e a situação correspondente, para indivíduos de 20 a 60 anos incompletos, que não atletas, nem gestantes, de acordo com a OMS. (Adaptada pela pesquisadora).

Resultado IMC kg/m²	Situação
Abaixo de 18,5	Baixo peso
Entre 18,5 e 24,99	Peso normal ou Eutófrico
Entre 25 e 29,99	Sobrepeso
Entre 30 e 34,99	Obesidade grau I
Entre 35 e 39,99	Obesidade grau II (severa)
Acima de 40	Obesidade grau III (mórbida)

Fonte: Ministério da Saúde - SISVAN, 2008

Quando o IMC está acima de 35 kg/m² o risco para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* é aumentado em 93 vezes nas mulheres e em 42 vezes nos homens. A circunferência da cintura maior do que 100 cm pode isoladamente elevar o risco de desenvolvimento de diabetes *mellitus* em 3,5 vezes, mesmo após o controle do índice de massa corporal. A prevalência de hipertensão em adultos de 20 a 45 anos é 6 vezes maior em obesos do que em não obesos. Quando associadas, o diabetes e a hipertensão aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, representando a primeira causa de óbito no Brasil (GIGANTE, 1997 apud JUNG, 1997).

O excesso de peso é também fator de risco para outros problemas na saúde, como disfunção da vesícula biliar, problemas pulmonares, doenças osteoarticulares, em especial a artrite, apneia do sono, neoplasias (homens: câncer colorectal e de próstata; mulheres: câncer de colo uterino, ovário e mama) (BLUMENKRANTZ, 1997), além da síndrome metabólica, que se caracteriza pela presença de pelo menos três fatores de risco cardiovasculares: aumento da gordura abdominal, aumento do colesterol ou triglicérides (ou redução do HDL), aumento da pressão arterial e aumento da glicose sanguínea (BANCO DE SAÚDE, 2010).

4.2. ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO E SUAS DIFICULDADES

O limite para definir se uma pessoa é obesa ou está no peso normal é arbitrário. Considera-se peso normal, o peso associado à menor mortalidade referente à altura média da população em questão. Portanto, este limite pode variar entre diferentes populações (ABESO, 2002 a). Para complementar, Adams (2000, apud Mancini, 2001, p. 01) explica os parâmetros para se determinar o que é obesidade e o que é normalidade como: “um indivíduo obeso é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta em uma extensão tal qual a saúde física e psicológica são afetadas e a expectativa de vida é reduzida”.

O diagnóstico pode ser dado basicamente de duas maneiras: pelo método quantitativo, que se refere à massa corpórea ou à massa de tecido adiposo, ou pelo método qualitativo, que se refere ao padrão de distribuição de gordura corporal (ABESO, 2002 a).

Fazem parte do diagnóstico quantitativo os métodos de avaliação pelo Índice de Massa Corporal, Avaliação das Pregas Adiposas e Bioimpedância.

Apesar de se tratar de um método prático, barato e apresentar boa correlação com a adiposidade corporal e estabelecer objetivamente os graus da obesidade, o IMC falha ao distinguir gordura central de gordura periférica. Não diferencia massa gordurosa de massa magra, podendo assim, superestimar o grau de obesidade em indivíduos musculosos e, mesmo, edemaciados. De modo geral, esses problemas são facilmente contornados, uma vez que a inspeção e exame físico do paciente denotarão se o aumento de massa deve-se à hipertrofia de musculatura ou ao edema (ABESO, 2002 a).

A medida das pregas adiposas é baseada no fato de existir grande proporção (50%) da gordura corporal localizada nos tecidos subcutâneos, a medida indicará a quantidade de gordura localizada em regiões específicas do corpo, além de tornar conhecido o padrão da distribuição do tecido subcutâneo nas diferentes regiões do corpo. Trata-se de um método barato e fácil, onde a interpretação das informações ocorre de forma imediata. Porém, a precisão diminui quanto maior é o grau da obesidade. Para o sexo masculino é considerado valor de referência acima da média índices > 20% para homens de até 29 anos, e índices > 23% para homens com mais de 30 anos. No caso do sexo feminino, os valores de referências considerados acima da média são: > 23% para mulheres de até 29 anos, e > 27% para as mulheres com mais de 30 anos (MOREIRA, 2007).

A Bioimpedância faz uso de corrente elétrica de baixa intensidade, descarregada no corpo. A diferença da corrente nos 4 eletrodos instalados sobre a pele é detectada pelos eletrodos receptores, determinando o valor da impedância. Permite avaliar com precisão a massa adiposa e a massa de tecidos magros. Aceitam-se como valores normais < 25% de tecido adiposo para homens e < 33% para as mulheres (MOREIRA, 2007).

Pelo método qualitativo existem 3 métodos de diagnóstico mais usuais: distribuição de gordura corpórea, a relação cintura-quadril e medição da circunferência abdominal e os métodos por imagem.

O método pela distribuição de gordura é capaz de detectar as regiões de maior concentração de gordura no corpo. A partir da medição do perímetro da cintura ou da anca é capaz de saber qual a gravidade da Obesidade – sendo método complementar do IMC. Trata-se do método mais eficaz como indicador do risco de morbidade associado à obesidade. Quando o tecido adiposo é encontrado mais concentrado no tronco ou na região abdominal, define-se a obesidade tipo andróide (ou maçã). Esse tipo de distribuição é o mais frequente, e não exclusivo nos homens. A obesidade andróide apresenta maior correlação com complicações cardio-vasculares e metabólicas. Já nos casos em que a gordura se localiza concentrada em sua maioria na região dos quadris, a obesidade é definida como do tipo ginóide (ou pera), predominante nas mulheres. São comuns nesse tipo, doenças associadas como complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos (MOREIRA, 2007 e ABESO, 2002 a).

As medidas da circunferência abdominal ou da relação cintura-quadril são maneiras clínicas para avaliar os riscos associados à obesidade, de forma prática e barata. Mede-se a circunferência da cintura (na maior circunferência entre a última costela e a crista ilíaca, horizontalmente, com o indivíduo em pé) e a circunferência do quadril (na altura do trocânter do fêmur), calculando a relação cintura-quadril ou razão abdome-quadril. O risco de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* é proporcional a relação ou a circunferência da cintura: quanto maior a medida da cintura, maior o risco. É considerado limite normal em homens a circunferência < 94 cm, e em mulheres, < 80 cm. A medida isolada da circunferência da cintura tem sido suficiente para a constatação de risco e uma prática clínica importante no estabelecimento de diagnóstico de síndrome metabólica, relacionada a elevado risco cardiovascular (ABESO, 2007).

Os exames por imagem possibilitam um diagnóstico preciso quanto à avaliação de gordura nos tecidos subcutâneos. No exame com raios X, os fótons distribuídos uniformemente no paciente, são absorvidos em diferentes proporções em cada tecido, a depender do biótipo (espessura e constituição). Essa diferença de densidade entre os tecidos e o modo da penetração dos raios é que formam a imagem radiográfica. No paciente obeso, então, é necessária uma maior capacidade absorviva do feixe radiográfico, para evitar muita dissipação por conta do biótipo. Nesses casos deve haver o ajuste de disparo dos raios, são disparados mais fótons para garantir bom contraste radiológico e, por tanto, boa interpretação das imagens pelo radiologista. Os raios-X são frequentemente usados para avaliação da coluna vertebral do paciente obeso (MANCINI, 2001).

Ainda para avaliação por imagens da quantidade de gordura corporal abdominal visceral são realizados exames por tomografia computadorizada e ressonância magnética, medida pela área de gordura em nível das vértebras da coluna L4-L5. Além de extremamente oneroso para uso rotineiro na prática clínica, há um impeditivo importante: os aparelhos de tomografia perdem a precisão do andamento da mesa do tomógrafo acima de determinado peso (normalmente 150 kg) e mesmo parte dos indivíduos obesos simplesmente não conseguem ser acomodados nos aparelhos convencionais, uma vez que a abertura do *gantry* do tomógrafo pode ser um fator limitante em pacientes muito obesos. Os limites físicos são ainda mais restritos nos aparelhos de ressonância magnética, onde o desempenho do sistema depende de uma abertura menor do equipamento (ABESO, 2002 a).

Especialistas da área clínica e cirúrgica são frequentemente desafiados pelas alterações fisiopatológicas associadas com a obesidade, cujas quais comprometem todos os sistemas do organismo, podendo apresentar-se como fatores limitantes do diagnóstico e da terapêutica dessa doença (MANCINI, 2001).

Doenças graves que podem se desenvolver sem dor e, no princípio, não causam incapacidade – como é o caso da obesidade – nem sempre são percebidas como doenças, o que implica em não buscar assistência de especialistas antecipadamente.

Dessa forma, engordar nem sempre está associado à ideia de “contrair” obesidade mórbida, negligenciando possíveis riscos. O perigo então se caracteriza por não mais ser magro e, portanto deixar de ter um corpo socialmente aceito. Normalmente, não acontece a racionalização do processo saúde-doença, já que doença comumente é percebida pela dor ou outros sintomas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a).

Torna-se importante entender a obesidade nos seus variados aspectos. Ela então vai além de uma patologia orgânica. O doente obeso, por sua vez, faz parte de um quadro amplo e complexo, que exige tratamento transcendente à visão tradicional da medicina.

4.2.1. O DIAGNÓSTICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os distúrbios alimentares não são exclusividade dos adultos. Dados do IBGE (2010), apontam que o sobrepeso foi diagnosticado em 20% dos jovens entre 10 e 19 anos e em mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos, ou seja, a cada três, uma está acima do peso ideal de acordo com a OMS. A pesquisa de Antropometria e Estado Nutricional da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, trouxe como resultado que o sobrepeso e a obesidade são comuns a partir dos 5 anos de idade, independente do nível econômico que a criança está inserida.

O diagnóstico e os testes para aferição de sobrepeso e obesidade são controversos em crianças, exigindo uma investigação nutricional e bioquímica precoce e mais minuciosa. O cálculo do IMC na criança está intimamente ligado ao crescimento linear, sendo o crescimento um processo dinâmico e contínuo ao longo da vida. A OMS para o diagnóstico em crianças usa parâmetros de altura por idade (A/I) e peso por idade (P/I), descritos na Caderneta de Saúde da Criança. Deve-se também dispor de medidas complementares como dobras cutâneas tricipital e subescapular, avaliando-as de acordo com a faixa-etária (SISVAN, 2007).

O diagnóstico em adolescentes também está relacionado a parâmetros ligados ao peso e altura, dados em percentil de acordo com as curvas estabelecidas pela OMS, mas apresentam uma complexidade adicional, uma vez que o estágio de maturação sexual exerce influência nos resultados. Adolescentes de mesma idade, sexo, massa corporal e estatura se encontram em momentos distintos se tratando de maturação sexual. (ANJOS et al, 1998).

Para o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de adolescentes, utiliza-se como parâmetro a distribuição do IMC. A partir do resultado do cálculo, deve-se compará-lo com a referência através das tabelas de percentil de IMC por idade e sexo. Para diagnosticar excesso de peso o ponto de corte estabelecido para adolescentes de 10 a 19 anos é \geq P85 (percentil oitenta e cinco), como é apresentado no quadro a seguir.

Quadro 2

Resultado do percentil de IMC de adolescentes, por sexo.

Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Feminino					Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Masculino				
	5	15	50	85	95		5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20	10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59	11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,70
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95	12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07	13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97	14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51	15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10	16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72	17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22	18	17,54	18,89	21,45	25,95	30,02
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72	19	17,80	19,20	21,86	26,63	30,66

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a, p. 30.

4.3. TRATAMENTOS

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, o que requer um tratamento amplo e de abordagem multiprofissional. Atualmente existe uma gama de possibilidades para a perda ponderal, nos quais se destacam orientação dietética, psicoterapias, programas de atividade física e medicamentos. No entanto, o obeso grave não obtém pleno sucesso com tais recursos, e a partir de então fica sujeito ao desenvolvimento de uma série de complicações, como a frustração, a ansiedade exacerbada, o estresse e a depressão, que acabam por influenciar ainda mais no comportamento alimentar desregrado e no agravamento da morbidade (REPETTO et al, 2003), além do enfrentamento à comorbidades, como diabetes e hipertensão. Independentemente do tratamento indicado para determinada pessoa, todos os pacientes carecem de ajuda para modificar a dieta, os hábitos alimentares e a prática de atividade física.

O conceito de dieta emagrecedora vem entrando em desuso, cedendo espaço ao plano alimentar, baseado numa reeducação de hábitos. É um processo lento, porém, duradouro. A reeducação se fundamenta na orientação da escolha dos alimentos, das porções adequadas às necessidades individuais, orienta quanto à distribuição ideal de nutrientes e quantidade de calorias, além da frequência do alimentar-se ao longo dia (NÓBREGA, 2006).

O plano alimentar acontece respeitando o paladar individual e as atividades diárias, focado numa nutrição saudável com objetivo de reduzir massa ponderal, modificando os hábitos alimentares (NÓBREGA, 2006).

No caso dos obesos, o plano é baseado na redução severa no consumo de gorduras, açúcares e álcool, consumo moderado de carboidrato e incremento no consumo de verduras, legumes e frutas, ricos em fibras – que reduzem a densidade calórica, estimulam a saciedade e retardam o esvaziamento gástrico (NÓBREGA apud BRAGUINSKY, 2006. p. 25).

A atividade física contribui para o balanço calórico negativo, desequilibrando a equação, a favor da redução do peso, independentemente do tipo de exercício físico. Recomendam-se exercícios aeróbicos, pois consomem mais energia, enquanto queimam a gordura acumulada como combustível. Promove ainda o aumento da massa magra, elevando o nível basal. Além de conduzir um emagrecimento saudável, a atividade física é responsável pela liberação de hormônios, dentre eles, a endorfina, no sistema nervoso, produzindo sensação de bem-estar (NÓBREGA apud RADOMMINSKI, 2006. p. 25).

Outras abordagens para o tratamento da obesidade, que não a cirurgia, têm sido discutidas em diversos eventos de saúde pública devido à preocupação com a padronização de critérios de influência na terapêutica do paciente, baseando-se em evidências científicas (COUTINHO e CABRAL apud. GOLDSTEIN e SPITZ, 2000).

À luz dessa sistematização padronizada de assistência ao obeso, o uso racional de agentes anti-obesidade é considerada atualmente um importante coadjuvante para grupos de obesos que já têm as comorbidades secundárias como fatores de alto risco para a saúde, com IMC a partir de 25 kg/m² (COUTINHO e CABRAL apud. GOLDSTEIN e SPITZ, 2000). O que representa um avanço nos estudos, já que por muitos anos o tratamento farmacológico foi tido como perverso e passível de críticas. Talvez pelos constantes erros no uso racional, nas prescrições generalizadas, entre demais fatores (MANCINI e HALPERN, 2002).

Em uma análise de consensos em saúde, Coutinho e Cabral (2000) ressaltam a unanimidade destes em recomendar a associação entre fármacos para o tratamento de obesos e um programa de mudança de estilo de vida, tendo a definição de um plano alimentar obrigatoriamente conjunto com a prática de atividades físicas. Tais medicamentos devem ser prescritos e supervisionados por médicos, mediante avaliação cuidadosa da relação risco-benefício para cada paciente, objetivando a diminuição do risco de morbiletalidade.

Os agentes anti-obesidades podem ser classificados em três categorias, de acordo com o documento da Força Tarefa Internacional de Obesidade (*International Obesity Task Force-IOTF*): 1) medicamentos com ação central, exclusivamente (Exemplos: Fentermina, Dexfenfluramina, Fenfluramina e Sibutramina); 2) medicamentos de ação periférica (Exemplo: Orlistat); 3) medicamentos de ação periférica e central (Exemplo: Efedrina/cafeína), (COUTINHO e CABRAL, 2000).

Para a efetividade da farmacoterapia no caso dos pacientes obesos o medicamento útil deve, de preferência, demonstrar efeito em reduzir peso corporal e melhorar as doenças consequentes ao excesso de gordura corpórea, ter sutis efeitos colaterais, sem prejuízos significativos ao bem-estar, não ter propriedades de adição, apresentar eficácia e segurança mantidas em longo prazo, possuir mecanismo de ação conhecido, além de não ter custo oneroso (MANCINI e HALPERN, 2002).

A farmacoterapia, portanto, torna-se eficiente ao tratamento da obesidade ao passo que os medicamentos são devidamente prescritos, sob supervisão constante, adequados a cada

paciente, sem uso irracional e desgovernado, além de sempre estarem associados à mudança de estilo de vida, abrangendo dieta ajustada ao plano nutricional e prática regular de atividade física.

Ainda dentro desse panorama de discussões sobre tratamentos alternativos e fabricação de guias e documentos de saúde, tem-se estudado muito sobre as psicoterapias comportamental (PC) e cognitiva-comportamental (PCC) quando o assunto é obesidade e compulsão alimentar (bulimia nervosa). A utilização do método cognitivo-comportamental tem sido crescente em centros clínicos especializados (DUCHESNE et al., 2007).

A Psicoterapia Cognitiva Comportamental se baseia nas teorias de Aprendizagem de cunho Behaviorista, no qual aprende um comportamento, desenvolve expectativa sobre as consequências deste comportamento e pode mudá-lo em resposta a mudança do ambiente. Sua principal característica na prática clínica é a clareza nos objetivos traçados desde o início do tratamento, de duração normalmente limitada (SEGAL, 2012).

A Psicoterapia Cognitiva Comportamental toma como pressuposto que para redução de peso, deve-se alterar a hiperfagia e aumentar a prática de atividade física. Dessa forma, esses dois comportamentos que foram aprendidos, podem ser mudados, bem como demais comportamento coadjuvantes, influenciadores no resultado do sobrepeso e da obesidade. Para que essa mudança seja duradoura, é necessária também a modificação do ambiente cenário do paciente (SEGAL, 2012).

Em um tratamento que segue essa metodologia, o profissional deve atentar-se a elementos norteadores que devem ser bem planejados como “mudanças estruturadas de estilo de vida; métodos para que se aumente a prática física; métodos cognitivos para se mudar a postura existencial; estratégias para aumento do suporte social; estratégias para manutenção da motivação, e esquemas nutricionais adequados” (SEGAL, 2012, p. 15).

Fazem parte de programas comportamentais a reestruturação cognitiva, imagens orientadas, o treinamento da auto-instrução, a determinação de objetivos, o estímulo ao auto-reforço e resolução de problemas-programas que funcionam eficazmente quando relacionados e associados entre si. (VASQUES et al. apud ABREU, 2004).

A pesquisadora Kerbaui (2011, p. 306) indica que para o sucesso da mudança de comportamento faz-se importante a construção de ações verbais, tratando-se de um repertório

verbal sofisticado permeado por análises da aprendizagem e dificuldades anteriores que são percebidas na expressão/emissão do comportamento.

Um estudo de revisão bibliográfica analisou ensaios clínicos randomizados controlados, que compararam os efeitos dos tratamentos com fármacos psiquiátricos e da PCC dos seguintes modos: PCC isoladamente, PCC combinada com fluoxetina, PCC combinada com fluvoxamina, fluoxetina sem PCC e fluvoxamina sem PCC. Foi possível observar que houve redução importante dos níveis de restrição alimentar e da preocupação com alimentação disfuncional nos pacientes submetidos à PCC e à PCC combinada com psicofármacos, não tendo sido relatada melhora nos pacientes que receberam somente fluoxetina ou fluvoxamina (DUCHESNE et al, 2007).

Então os resultados sugerem que o uso da PCC é capaz de diminuir significativamente a preocupação disfuncional com a alimentação, peso e forma do corpo, além de serem favoráveis à melhora das atitudes associadas à alimentação, fatores que são cruciais para a perda ponderal. Além disso, se mostrou eficiente quanto à diminuição da depressão (combinado com fluoxetina e fluvoxamina), melhora no humor e na satisfação com a imagem corporal, e também, sugeriram diminuição da ansiedade. Os resultados apontaram ainda melhora da autoestima, nas dificuldades interpessoais e no convívio em grupo. As pesquisas, portanto, trazem a PCC como eficaz para o tratamento da obesidade (DUCHESNE et al, 2007).

Portanto, a modificação de padrões de comportamentos associados ao peso e à imagem corporal são focos primários do tratamento baseados em técnicas cognitivas.

4.4.CIRURGIA BARIÁTRICA

A indicação da cirurgia bariátrica, ou também conhecida como gastroplastia ou redução de estômago, tem sido frequente, por ser considerado o método mais eficaz quanto à redução significativa de peso (REPETTO, et al, 2003).

Para submissão à cirurgia, o paciente entre 16 e 65 anos, deve primeiramente preencher alguns critérios como IMC $>40 \text{ Kg/m}^2$ ou IMC $>35 \text{ kg/m}^2$ desde que associado com alguma ou mais de uma das doenças metabólicas (já citadas), e que tenha, no mínimo, cinco anos de evolução (SEGAL, 2002).

A Resolução 1942/10 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe que o paciente deve passar por avaliação clínica e cirúrgica e ter acompanhamento com equipe multidisciplinar durante dois anos. Nesse período, o paciente é submetido a uma dieta e, se os resultados não forem positivos em relação a esse e outros métodos convencionais, a cirurgia é recomendada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 b).

A cirurgia bariátrica está disponível aos obesos mórbidos desde a década de 70. Objetiva reduzir quantidade significativa de peso e traz como consequência positiva, a vantagem de conduzir melhorias importantes na qualidade de vida relacionada aos aspectos físicos e psicológicos do paciente. Outra vantagem da cirurgia é a diminuição das chances de complicação das doenças metabólicas associadas, como hipertensão, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares.

Quanto à possibilidade de contraindicações psicológicas e/ou psiquiátricas para a cirurgia bariátrica, não há consenso na literatura. É comum cada equipe multidisciplinar traçar suas próprias estratégias. Embora a presença de transtornos depressivos, afetivo bipolar ou psicótico costumem ser considerados como contraindicações, não há dados em registro de bom ou mau prognóstico que tenham sido estudados e/ou comprovados (SEGAL, 2002). O que é sabido é que o paciente deve receber acompanhamento psicológico antes e após a realização da cirurgia.

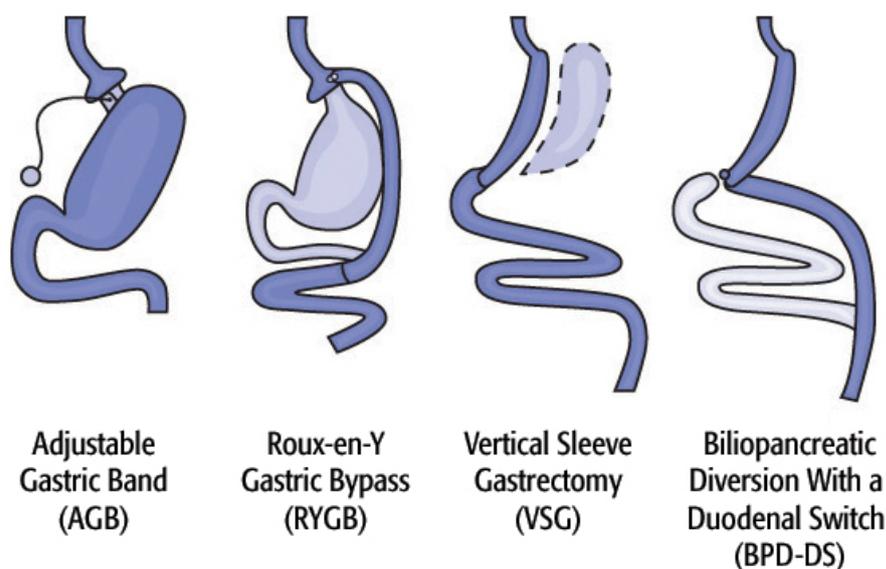
A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM divulga que existem variados tipos de cirurgia bariátrica. Diferem-se pelo mecanismo de funcionamento. Há três procedimentos básicos, que podem ser feitos a partir do método de abertura do paciente, ou por vídeo laparoscopia (menos invasiva e mais confortável), são eles: 1) Restritivo: diminui a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar; 2)

Disabsortivo: reduz a capacidade de absorção do intestino; 3) Técnicas Mistas: com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino, com discreta má absorção de alimentos (SBCBM, 2011).

No Brasil são aprovadas 4 técnicas cirúrgicas: *Bypass* gástrico (ou gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”); Banda gástrica ajustável; Gastrectomia vertical e Duodenal Switch, além do Balão gástrico, que se configura como uma terapia auxiliar, por não ser um procedimento cirúrgico(SBCBM, 2011).

A técnica *Bypassé* a mais utilizada no país, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, por ser a mais segura e eficaz; tem efeito restritivo e disabsortivo. É feito o grampeamento de uma parte do estômago, reduzindo espaço para alimentos. O paciente submetido à cirurgia reduz de 40% a 45% do peso inicial (SBCBM, 2011).

Figura 1: Diagrama de técnicas cirúrgicas para redução estomacal



Fonte: WIN – Weight-Control Information Network.

É típico os pacientes perderem uma média de 25% do peso corporal inicial com procedimentos restritivos dentro dos dois primeiros anos pós-operado. Por outro lado, aproximadamente 20% dos pacientes obtêm resultados insatisfatórios, deixando de perder ou recuperando massa ponderal. Normalmente, devido à baixa adesão à dieta pós-operatória (LIMA FILHO, 2008).

Um levantamento feito pela SBCBM revela que em 2010 64,04 mil cirurgias foram realizadas no país. Observa-se alta de 275% em relação a 2003, ano dos primeiro registros coletados, e de 33% em relação a 2009 (SBCBM, 2013).

Pelo SUS, houve aumento de 45% no número de cirurgias bariátricas realizadas entre 2010 e 2013. Fato que contribuiu com a diminuição da lista de espera por quem procura este procedimento. Houve também aumento do investimento de recursos pelo SUS: de R\$ 24, 4 milhões, em 2010, para R\$ 38,1 milhões, em 2013, crescimento de 56%.

O obeso mórbido procura na cirurgia bariátrica a solução de todos seus problemas. Os principais objetivos da gastroplastia são a redução de co-morbidades e a melhoria da qualidade de vida, e como consequência de um tratamento bem sucedido, a melhora da autoestima. Mas vale ressaltar que se trata de um procedimento complexo, como qualquer outro procedimento invasivo e de grande magnitude, podendo apresentar riscos e complicações. Portanto, é de grande valia que o paciente conheça bem o procedimento ao qual será submetido, além de receber assistência multiprofissional, incluindo acompanhamento psicossocial em todas as fases do processo (LIMA, 2008; SEGAL, 2002; MARCELINO e PATRÍCIO, 2011).

Um estudo que analisou a relação dos pacientes obesos com sua auto-imagem revelou que esta é entendida de forma distorcida e perturbada. Ao perceberem seu corpo como burlesco, tomam como verdade que os outros também o vêem assim e, por tanto, crêem que são ridicularizados, desprezados e hostilizados, apresentando sentimentos de auto-rejeição (BÉRGAMO, 2011 apud CORDAS 2004).

4.5.ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM OBESIDADE MÓRBIDA

Como dito anteriormente obesidade trata-se de uma doença de causas multifatoriais, e que nem sempre é pensada, a princípio, como enfermidade devido à ausência de dor ou por não ter parâmetros bem definidos quanto ao processo “saúde-doença”. No tratamento deve-se levar em consideração toda esta complexidade, já que além do orgânico, há, também, o adoecimento da psique.

Visto que a cirurgia bariátrica tem sido considerada a alternativa preferida para a efetiva redução de peso e melhoria na qualidade de vida dos obesos grau III, faz-se importante questionar a assistência psicossocial deste paciente: ela existe? Como é feita? Tem funcionado? Quais seus desdobramentos?

Embora tenham aumentado, nos últimos anos, as discussões sobre tratamentos alternativos, ainda não é comum encontrar na literatura estudos sobre o tratamento psicológico dos pacientes obesos, além de seus resultados nem sempre serem consensuais, apesar de haver reconhecimento de que diferentes fatores psicológicos estão associados à obesidade (OLIVEIRA e YOSHIDA, 2009).

Ainda que a cirurgia bariátrica seja realmente um procedimento que conduz melhoria significativa da qualidade de vida e importante redução da perda ponderal, Van Hout apud Almeida (2011) destaca que algumas experiências adversas enfrentadas no tratamento, normalmente são consequências da falta de informações substanciais associadas a fatores psicossociais que envolvem o pré e o pós-operatório do obeso classe III. Geralmente há desconhecimento sobre a mudança alimentar e do estilo de vida necessários para manutenção do peso em longo prazo (KERBAUY, 2011). Em muitos casos, tais falhas e experiências indesejáveis podem estar relacionadas com o funcionamento físico, mental e social, bem como ao comportamento da imagem corporal e aspectos cognitivos do paciente (ALMEIDA et al. apud VAN HOUT, 2011).

Especificamente em relação à obesidade grave, estudiosos concluíram que há quem afirme a existência de importante comprometimento psicológico dentre os candidatos à cirurgia bariátrica, embora outros indiquem que eles estariam mais próximos da população em geral, sem níveis elevados de sintomatologia psicopatológica. É consenso na literatura, quanto aos indivíduos já submetidos ao processo cirúrgico, resultados que apontam melhora no quadro

emocional, principalmente nos primeiros meses, podendo se estender até dois anos (OLIVEIRA e YOSHIDA, 2009; BÉRGAMO, 2011; MARCELINO e PATRÍCIO, 2011).

Por outro lado, há uma parcela destes pacientes que apresentam evolução pouco benéfica. Uma pesquisa feita pelo departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, estimou que 73% dos pacientes recuperam o peso após dois anos da cirurgia (UOL,2013). Após 10 anos de cirurgia, apenas um terço dos pacientes operados mantêm o peso perdido em decorrência da intervenção. Sendo as perturbações psicológicas proporcionais ao aumento do IMC: à medida que o peso é recuperado, as perturbações psicológicas se agravam (LIMA FILHO, 2008). O obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos apontados como retroalimentadores da sua condição.

Embora as evidências sejam ainda controversas, dentre os aspectos psicopatológicos relacionados à obesidade mais pesquisados estão: a depressão, a ansiedade, o transtorno da imagem corporal e os transtornos do comportamento alimentar. Fatores como autoimagem corporal, traços de personalidade e presença de compulsão alimentar prévios à internação, têm sido implicados na evolução e prognóstico desses pacientes (GORDON, KAIO e SALLET, 2011).

O indivíduo obeso mórbido sofre com uma doença potencialmente fatal, que abrange tanto aspectos físicos, quanto psíquicos, estando envolvidos fatores nutricionais, fisiológicos, psicológicos e sociais, ocasionando importante déficit na qualidade de vida deste paciente (REPETTO et al, 2003).

Segal (2002) aponta que obesos em nível grau III não cursam todos os anos escolares, sendo comum o abandono dos estudos, além de que têm menor chance de serem aceitos em escolas. E ainda são passíveis de empregos mais concorridos, e os salários são mais baixos. Muitos têm dificuldades de estarem envolvidos em relacionamentos afetivos, e preferem não fazê-lo.

Uma pesquisa realizada pelo HCor – Hospital do Coração, entrevistou 600 pessoas de São Paulo e Rio de Janeiro, revelando que 50% da população não casaria com um obeso e 81% dos entrevistados afirmam que a obesidade interfere na ascensão profissional (VYA ESTELAR, 2014).

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM entrevistou pessoas de todas as classes, entre 18 e 65 anos, de 2.179 residências do Brasil. O levantamento

revelou dados sobre comportamento e hábitos de indivíduos obesos graves, evidenciando preconceito e dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. 73% dos entrevistados afirmaram ter dificuldades em realizar tarefas do cotidiano. Destes, 53% relataram problemas ao comprar roupa, 42% sofrem empecilhos para a prática de esportes, 38% encontram dificuldades para subir escadas, 35% para amarrar seus sapatos, 17% para passar em catracas, entre outras dificuldades. O levantamento revelou ainda que os obesos são vítimas de preconceito, mais frequentes em locais como transportes em geral, seguido de escola ou trabalho, e até mesmo dentro de casa (O ESTADO DO PARANÁ, 2008).

Tal situação é reafirmada por Zottis e Labronici apud Mariano et al. (2011) quando dizem que além das comorbidades, o indivíduo obeso encontra dificuldades até mesmo na realização de tarefas simples e fundamentais como o cuidado com a higiene pessoal, os afazeres domésticos, bem como a realização de atividades ocupacionais. Dessa forma, este indivíduo tem distorções quanto a sua significância humana, sua identidade, e conseqüentemente, problemas quanto auto-imagem e autoestima.

É comum na literatura encontrar registros que apontam que é dado ao obeso grave o estigma de incapaz, de não competente, além de ser considerado um indivíduo sem força de vontade e julgado por não ter autocontrole, sendo seu acúmulo excessivo de peso culpa exclusiva de si mesmo, como explicita as pesquisas de Mariano (2011) e de Segal (2012). Este revela ainda que tais posturas negativas estejam presentes também nos profissionais da saúde. O obeso grave sofre problemas com a discriminação e o preconceito, que trazem como consequência a exclusão social e o isolamento.

O preconceito e o estigma geram desigualdades para esta população em vários setores tais como empregos, centros de saúde e instituições educacionais. São caracterizados como preguiçosos, desmotivados, com falta de autodisciplina, menos competentes e desleixados (MACEDO, 2011; MARIANO, 2011; SEGAL, 2012).

Conseqüente ao estigma são conferidos ao obeso grau III injúrias e discriminação. Tal comportamento social negativo teve aumento de 66% nos países norte-americanos, em relação à última década, podendo ser comparada à discriminação racial, principalmente entre as mulheres (MACEDO et al apud PUHL, ANDREYEVA e BROWNELL, 2011). A exclusão social é um problema de saúde pública, que infringe o direito social, previsto no Artigo 6º da Constituição Federal Brasileira de 1988. Na grande maioria do território do nosso país, não há

leis que regulamentem o direito do obeso à facilidade e à qualidade no acesso a diversos serviços públicos essenciais.

No cenário nacional, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, realizada pelo IBGE, constatou que o preconceito contra a obesidade tem relação com as classes sociais: na primeira classe, a prevalência de obesidade entre mulheres evolui de 9,7% para 11,8%, enquanto na segunda classe passou de 10,7% para 13,7%. A obesidade global avança na população adulta brasileira e apresenta impacto importante nos segmentos menos favorecidos. Nota-se que o grupo feminino é o mais vulnerável quanto ao ganho de peso, sendo influenciado diretamente pelo processo de exclusão e pobreza (IBGE, 2004).

A população entre 5 e 19 anos com excesso de peso representa uma fatia de mais de 50%, como aponta a POF 2008-2009. As crianças e adolescentes também estão engordando; e junto ao crescimento ponderal, cresce também os casos de *bullying*. De acordo com o IBGE, 30% dos estudantes brasileiros já foram vítimas destas agressões físicas e moral. Esse fato coloca o *bullying* como um dos principais motivos dos adolescentes para buscar a cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade e toda a gama de aspectos psicossociais negativos que ela leva consigo (VYA ESTRELAR, 2014).

O número de cirurgias bariátricas realizadas em jovens brasileiros com menos de 20 anos ultrapassa os 1,5 mil, representando 5% das cirurgias realizadas em 2009 (VYA ESTRELAR, 2014). Estatística que não é ainda maior devido à legislação do país, que permite este procedimento cirúrgico apenas em indivíduos maiores de 16 anos.

Um estudo publicado no *Obesity Journal* e divulgado pela ABESO mostrou que as pessoas que emagreceram por meio da cirurgia bariátrica, sem outro fator de mudança de estilo de vida, também são vítimas de preconceito. Os entrevistados consideraram estes ex-obesos como preguiçosos e incompetentes. Sendo os sujeitos que perderam quantidade significativa de peso por meio de apenas dieta e exercício (sem intervenção cirúrgica) avaliados como os menos preguiçosos, mais competentes e responsáveis pelo emagrecimento (ABESO, 2014 b).

O drama vivenciado pelos obesos é produzido e reforçado pela sociedade que crê que o belo está associado, impreterivelmente, à magreza. A sociedade ocidental é diretamente influenciada pela mídia, que faz bombardeios de corpos produzidos na academia, e que ao mesmo tempo, fabrica posicionamentos negativos em relação ao corpo obeso. Estas pessoas se sentem intimidadas e se envergonham da sua condição atual, evitando as relações inter-

pessoais, preferindo o distanciamento de tudo que as causam desconforto, até o isolamento social (ZOTTIS e LABRONICI, 2003).

4.6.LEGISLAÇÃO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública mundial, sendo de importante preocupação para a Organização Mundial de Saúde. Esta doença passou, também, a fazer parte das discussões jurídicas.

Diante do potencial discriminatório de determinados grupos em relação aos obesos, houve a necessidade de tornar legítimo o preconceito, comparável às injúrias contra raça ou gênero, os quais já recebem proteção legal. Atualmente as autoridades públicas e políticas vêm buscando mecanismos para inclusão e proteção da pessoa obesa.

Em 31 de Agosto de 2007 o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais aprovou a Portaria nº 492, com o objetivo de catalisar o acesso do paciente à cirurgia bariátrica, além de estimular a habilitação de novos serviços aptos à realização do procedimento. A Portaria, portanto, estabelece normas de credenciamento/habilitação das unidades de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave (SBCBM, 2014).

Em 19 de Fevereiro de 2013 o Ministério da Saúde define a Portaria nº 252/13, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 c).

A Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013, do Ministério da Saúde, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 c).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 425, de 19 de Março de 2013, estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 c).

O Projeto de Lei (PL) da Câmara, nº 132 de 2011, altera a Lei nº 10.098 de 2000, para dispor sobre a reserva, para pessoas obesas, de no mínimo 5% dos assentos disponíveis em locais de espetáculos, entretenimento, esportes, conferências, aulas e outros de natureza similar e nos veículos de transporte público coletivo em geral. O argumento deste PL tem como característica principal evitar o constrangimento, facilitar o acesso ao transportes públicos e à

diversão, assim como visa preservar a qualidade de vida dos obesos, que enfrentam grave problema de saúde e preconceito social (SENADO FEDERAL, 2011).

Desta forma, o Ministério da Saúde vê a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos sujeitos obesos mórbidos, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento.

4.7.TERAPIA OCUPACIONAL

O terapeuta ocupacional é o profissional mais apto para avaliar, analisar e intervir no extenso repertório de atividades humanas. São objetivos deste profissional a análise da capacidade funcional e laborativa, reduzindo as limitações funcionais, sociais, comportamentais e, também, as barreiras arquitetônicas, com foco nas potencialidades residuais do indivíduo. Analisar os postos de trabalho e as relações estabelecidas neste ambiente, por meio de orientações quanto às posturas e movimentos mais adequados. O terapeuta ocupacional participa do desenvolvimento de programas de orientação profissional, realiza intervenções educacionais, além de promover ao cliente adaptações que melhorem o desempenho ocupacional nas tarefas cotidianas. Todos os objetivos traçados no plano terapêutico devem estabelecer consonância com a promoção da qualidade de vida, bem-estar e autonomia do indivíduo (CARDOSO et al., 2013 e ALBUQUERQUE et al., 2011).

O cotidiano, que tem seu significado atrelado às ideias de vida diária e de vida prática, é objeto de trabalho da Terapia Ocupacional desde a sua origem. Segundo Heller (2000) apud Galheigo (2003, p. 3), fenômenos como “a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação, fazem parte da vida cotidiana, que é heterogênea em conteúdo e significação”. Dessa forma, o cotidiano é carregado da singularidade do indivíduo e é dependente de valores, crenças e afetos, sendo único e irrepetível (GALHEIGO, 2003).

Em sua pesquisa, Barros et al. (2012) faz reflexões sobre a magnitude das intervenções terapêuticas ocupacionais e sugere que a definição da profissão vai além de seu próprio âmbito. Em uma análise crítica e social, a terapia ocupacional tem suas dimensões diretamente influenciadas pelo *contexto global*. Por tanto, em uma perspectiva totalizante, a profissão transcende o paradigma saúde-doença, e assim, anseia problematizar a relação entre a terapia ocupacional, a sociedade e a cultura na qual sua ação se inscreve.

Dessa maneira, "com base na leitura do cotidiano e seus contextos e da histórica ocupacional dos envolvidos é que o terapeuta ocupacional deverá encaminhar a ação. Dessa forma poderá auxiliar o sujeito, o grupo e a coletividade a compreender suas próprias necessidades e definir suas estratégias de lidar com os conflitos cotidianos, a ressignificar seu fazer e pensar sua ação no mundo, respeitando-se os diferentes momentos e possibilidades dos envolvidos. Será por meio da ação grupal e coletiva que poderá dar a manifestação das solidariedades e o fortalecimento da trama social" (GALHEIGO, 2005, p.44).

Esta pesquisa, então, compete-se em apresentar possíveis colaborações da Terapia Ocupacional na assistência ao obeso mórbido, em relação ao tratamento e à melhora da qualidade de vida deste sujeito.

5. METODOLOGIA

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo realizado através de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (1991) é aquela elaborada a partir de material anteriormente publicado, disponível principalmente em livros, artigos de periódicos e também de material em rede, na web. Cerro e Bervian (2002) explicam que o estudo descritivo é aquele que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los.

A pesquisa é de cunho qualitativo que tem por essência, em sua abordagem, um conjunto de ideias que se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. (MINAYO, 2012). Traz em sua base uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não é possível ser traduzida em números. Faz parte da pesquisa qualitativa a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados, não sendo obrigatória a detenção de técnicas e estatísticas, onde o pesquisador é o instrumento-chave para a descrição do processo e seus significados na análise. (SILVA; MENEZES, 2005).

5.2 DOS BANCOS DE DADOS E FONTES

Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão acerca dos contextos da obesidade mórbida e da Terapia Ocupacional, este Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado a partir de materiais anteriormente publicados em livros, artigos científicos, publicações periódicas e arquivos na Internet, disponíveis nos seguintes bancos de dados: DATASUS, SCIELO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, BIREME, LILACS, restritos ao idioma Português, sendo selecionados textos completos, utilizando como descritores: “obesidade mórbida”; “cirurgia bariátrica”; “terapia ocupacional”; “aspectos psicossociais, obesidade mórbida”.

Outras fontes se trataram de matérias jornalísticas disponibilizadas na web; site do COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; site da Agência Nacional de Saúde Suplementar e site do Ministério da Saúde (DATASUS, IBGE, SISVAN), além da literatura em Terapia Ocupacional.

5.3 DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A busca nas bases de dados eletrônicas resultou num total de 483 artigos. Destes, 146 corresponderam ao descritor “cirurgia bariátrica”, 152 à “obesidade mórbida” e 185 trabalhos com o descritor “terapia ocupacional”. As pesquisas foram selecionadas *a priori* pelo resumo, e filtradas para análise aquelas que traziam em seu conteúdo: explicações, semântica e conceitos relacionados ao tema.

Após o filtro, selecionou-se 23 documentos que foram analisados de maneira descritiva e organizados em fichamento bibliográfico.

Foram incluídas pesquisas em Português, com textos completos, realizadas a partir do ano 1997, sendo a maioria, trabalhos publicados a partir de 2000, devido à novidade do assunto.

Os trabalhos excluídos ou não correspondiam ao objetivo desta pesquisa, ou não estavam disponíveis em suas versões completas.

5.4 DO FICHAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Todo o material pesquisado foi sistematizado em fichamento bibliográfico no programa Excel do pacote *Office*, a fim de organizar o agrupamento de informações e melhor gerenciá-las, quando na produção de texto. A planilha no Excel organizou os trabalhos em sequência numérica, além de ter sido composta por informações a respeito do título, ano de publicação, autor (es), tema principal, descritor (es) utilizado (s) na pesquisa e a fonte.

5.5 DA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos a partir de levantamento bibliográfico foram analisados de maneira descritiva, sistematizando as informações em discussão para a construção de uma cadeia de evidências relevantes, com objetivo de apresentar argumentos para a hipótese da eficácia da assistência terapêutica ocupacional no tratamento de pessoas obesas mórbidas.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade – FLASO (1999, p.01):

“À medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais frequente e mais grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega nosso sistema de saúde com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo II, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente na América Latina em decorrência destas complicações”

A prática da alimentação vem sendo apontada como a principal responsável pelas doenças crônicas de maiores expressividades no mundo. O “modo de vida” atual exerce direta influência sobre o perfil epidemiológico das doenças contemporâneas do mundo ocidental. Além da alimentação, outros fatores também são produtos do “meio social” ou “modo de vida”, como a poluição atmosférica, os ruídos, as condições de vida, as condições de trabalho, o estresse da vida urbana e o sedentarismo - tratando-se de fatores participantes da etiologia de variadas doenças crônicas. Por outro lado, a alimentação, bem como a atividade física, está entre os poucos e prováveis focos de intervenção sanitária das instituições de saúde (GARCIA, 1997).

O modo de alimentar sempre ultrapassa o ato de comer para sobreviver, e se articula com outras dimensões e representações que são frutos da construção social, modelado pela cultura, que fazem por garantir identidade ao sujeito ou à determinada população (CANESQUI; GARCIA, 2005).

A alimentação rica em calorias, gordura saturada e açúcares, comum na população de países desenvolvidos e em desenvolvimento, é fenômeno relacional e determinado pela organização da sociedade. Trata-se de uma construção histórica e uma experiência carregada de significados. Assim sendo, como consequência da transição nutricional, tem-se o aumento de consumo de alimentos pouco saudáveis, proporcional à diminuição da prática de atividade física, resultando no processo de engorda da população, em nível mundial. A obesidade, por sua vez, é produto do modo da prática da alimentação, sendo o destaque atual das doenças crônicas não-transmissíveis (GARCIA, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a; CANESQUI e GARCIA, 2005).

A obesidade, como já apresentada na pesquisa, é uma doença de causa multifatorial, com forte componente ambiental, que tem como características: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente. Em muitos casos há ausência de dor física, porém, há sofrimento, há carga da dor psicossocial.

O Caderno de Atenção Básica diz que a obesidade é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social, sendo os valores socioeconômicos fatores variáveis de uma sociedade para outra, no que se diz respeito à influência no excesso de peso. No passado a corpulência era sinal de saúde e fartura; hoje, tem seu significado transformado. Padrões definidos para obesidade são estabelecidos de maneira distinta em cada sociedade, ou grupo social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a).

Os artigos analisados apontam a obesidade como uma doença em contínua ascensão no cenário mundial, se configurando como um problema de saúde pública importante, já que traz consequências negativas para a saúde, elevando as chances de morte prematura a graves doenças não letais, porém, debilitantes, que acabam por afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Mancini (2001) doenças associadas têm suas chances aumentadas consideravelmente devido ao IMC superior a 30 Kg/m². Podem ser citados os distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cérebro-vascular, trombose venosa profunda, entre outros), distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva). A obesidade ainda pode gerar disfunções gastrointestinais, como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos, como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários, como a ovulação e problemas gestacionais; distúrbios músculos-esqueléticos, como osteoartrose e defeitos posturais; neoplasias, como câncer de mama ou próstata; distúrbios psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social; e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e anestésico e também a diminuição da agilidade física.

Além das comorbidades, o indivíduo obeso se depara com dificuldades em seu dia-a-dia, incluindo realização de tarefas simples, como cuidar dos afazeres domésticos. Encontram dificuldades também quanto ao convívio social e laboral. Portanto, o sujeito obeso sofre prejuízos em diversas áreas do cotidiano, conseqüentemente tem sua qualidade de vida

severamente prejudicada (MARIANO et. al., 2011). Tal processo reflete diretamente nos aspectos psicossociais, sendo a depressão o transtorno mental de maior prevalência neste grupo. O obeso se vê dentro de um ciclo vicioso e sem solução possível, pois se considera um sujeito despersonalizado e incapaz.

Numa tentativa de se livrar de seus problemas e o do estigma que a obesidade lhe confere, o indivíduo obeso mórbido tem no imaginário a intervenção cirúrgica como a fórmula para dar fim às suas dificuldades. A cirurgia bariátrica, portanto, é o método mais procurado por estes sujeitos, pois além de ser efetiva quanto à significativa redução do peso, também proporciona a cura das doenças associadas (REPETTO et. al., 2003).

Por outro lado, a perda de peso súbita, decorrente da cirurgia de redução de estômago, em muitos casos, incorre em quadros psiquiátricos, tais como: depressão, ansiedade, alcoolismo e gastos excessivos, dentre outras situações (LEAL e BALDIN, 2007).

Como dito por Segal (2002), para a submissão cirúrgica contra obesidade são estabelecidos critérios quanto à idade, ao resultado do IMC e à evolução das doenças associadas. Além disso, o Ministério da Saúde (2012 b), completa que o paciente deve passar por avaliação clínica e cirúrgica e ser acompanhado por equipe multiprofissional de saúde durante dois anos. Bem como receber assistência contínua, durante e após o procedimento.

Não foram encontradas evidências que comprovem a ocorrência real deste acompanhamento antecedente à intervenção cirúrgica. Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina de São Paulo (USP) traz a informação dada pela *Surgical Review Corporation* que para uma instituição de saúde ser considerada como centro de referência em cirurgia bariátrica, deve comprovar que, no mínimo, 75% dos indivíduos operados são seguidos regularmente por cinco anos. A pesquisadora constatou que até o momento, no Brasil, apenas dois centros possuem este certificado: o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, na cidade de São Paulo (SP) e o Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba (SP) (SCABIM, 2011).

O fator falta de informação ou desconhecimento por parte do paciente, a respeito do procedimento de grande magnitude ao qual será submetido, tem íntima relação com o quantitativo da adesão ao tratamento seguinte à operação (SACABIM, 2011), que se revelou insatisfatória, representado por 20% dos pacientes (LIMA FILHO, 2008). Tal premissa pode ter relação direta com a desmotivação e conseqüente insucesso na perda de peso de forma continuada ou mesmo a recuperação dele, engordando logo nos anos seguintes à operação.

6.1.CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA COMPLEXIDADE DA OBESIDADE MÓRBIDA

Estudos como o de Tavares et al. (2010) e de Bérghamo (2011) sugerem estreita relação entre obesidade e o declínio da qualidade de vida, sendo ainda mais acentuados naqueles que não seguem algum tratamento. O obeso tem vários aspectos da sua vida afetados pelo excesso de peso, além da saúde, como também nos recursos financeiros, no bem-estar psicológico e social.

“A qualidade de vida dos obesos está intensamente comprometida quando associada à comorbidades, podendo gerar também distúrbios emocionais e psicológicos causados por prejuízo e discriminação. A obesidade torna-se aspecto negativo na vida da pessoa, que também sofre com preconceito” (VAN GERMET, 1998 apud MARCELINO e PATRÍCIO, 2011).

Levando em conta as dificuldades decorrentes da complexidade da obesidade mórbida, o terapeuta ocupacional tem sua atuação voltada para o resgate de capacidades e habilidades que foram defasadas devido ao ganho ponderal, pela motivação ao obeso mórbido por uma postura mais ativa, criativa e independente, além de intervir no processo do funcionamento ambivalente “eu alimento” para “eu atividades”, possibilitando o “eu relações pessoais” (MORAIS et al., 2002 apud ROSA, 2009, p. 4). Dessa maneira, possibilitar ao paciente, vivências que favoreçam outras possíveis fontes de satisfação que não a comida, objetivando nova relação com o fazer, reconstruindo sua imagem corporal.

Apesar do tema à respeito das “principais dificuldades enfrentadas por um obeso grave” não ser recorrente nos estudos científicos, os artigos analisados nesta pesquisa possibilitaram notar quatro eixos centrais de discussão: (1) Dificuldades em lidar e conviver com a obesidade mórbida, (2) o estigma social cristalizado que recai sobre este grupo, (3) os transtornos de autoimagem e (4) a importância da ressignificação do cotidiano do indivíduo obeso grave para obtenção do sucesso no processo de emagrecer. Nota-se ainda que todos estes eixos são consonantes à qualidade de vida humana.

6.1.1. DAS DIFICULDADES DE SE VIVER EM SITUAÇÃO DE OBESIDADE MÓRBIDA

A situação de viver como obeso mórbido se manifesta de forma significativa, árdua e diretamente vinculada a comorbidades e outras condições existenciais que limitam o processo de viver saudável.

O excesso exagerado de peso exerce influência negativa na flexibilidade das articulações; a dor e o edema são intensificados nestes casos. Há sobrecarga das articulações, comprometendo os movimentos e limitando a realização de tarefas cotidianas, como por exemplo, tomar banho.

Também em decorrência das comorbidades e de suas reações incapacitantes, acaba por acontecer o afastamento do trabalho, o ônus econômico pelo custo do tratamento e as restrições para lazer e atividades físicas.

O sujeito obeso mórbido tem dificuldade para aderir ao tratamento, pois se vê diante de uma situação imposta e que o incomoda à medida que deve se submeter aos novos cenários e práticas das quais não estava habituado, como praticar atividade física e reeducar sua alimentação, comendo pequenas porções de alimentos saudáveis e com intervalos estabelecidos previamente. Trata-se de um processo lento, complexo e doloroso e, por tanto, costuma ser revogado por este grupo de doentes.

Para o sucesso do tratamento, como dito anteriormente, o obeso em situação clínica comprometida deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, com ações integradas e complementares, que favoreçam a redução de peso, a cura ou controle das comorbidades e ainda melhoria da qualidade de vida.

Mancini (2002) destaca que a dificuldade para a realização de atividades pode ser chamada de disfunção ocupacional. Uma doença ou lesão que afete algum dos componentes humanos poderá resultar num distúrbio nas áreas de desempenho, sendo neste ponto que o terapeuta ocupacional encontra o seu principal alvo de intervenção.

A Terapia Ocupacional é a ciência da saúde que por excelência se detém das capacidades funcionais, especialmente no âmbito das atividades diárias. Mesmo quando há prejuízo nos componentes ocupacionais, como mobilidade e cuidado pessoal, as terapêuticas ocupacionais preconizam o bem-estar e autonomia do indivíduo, podendo tornar a vida mais fácil para esses pacientes.

O terapeuta ocupacional está habilitado para o treinamento da função, de acordo com o seu conhecimento para analisar a atividade, bem como das bases neuropsicológicas desenvolvidas e do controle e utilização de métodos específicos (ANAUATE, 1998).

Neste contexto, a Terapia Ocupacional pode lidar com estratégias para manutenção e/ou o *insight* da motivação por meio de atividades significativas que promovam alteração de comportamento.

A mudança de hábitos é o ponto chave para o sucesso do tratamento e deve ser cautelosamente trabalhada, a fim de evitar traumas e conseqüente abandono pelo obeso mórbido. Desta maneira, a intervenção terapêutica ocupacional pode ter como pilar o que sugerem os autores Ownsworth e Clare (2006, apud ADDA, 2012): por meio da “autoconsciência” é possível a autorreflexão e a percepção de mudanças sejam físicas, cognitivas, de comportamento ou de personalidade. A Terapia Ocupacional funciona como facilitadora da detecção e interiorização destes aspectos que possibilitam o *insight* para incorporação de novos hábitos.

Fazem parte do programa de tratamento da obesidade mórbida, por parte da Terapia Ocupacional, ao se deparar com as principais dificuldades de se viver como obeso mórbido, proporcionar atividades de cuidado pessoal que ajudem os pacientes com os vestuários durante a crise do confronto com a mudança corporal introduzida pelo tratamento. Organizar passeios com o objetivo de melhorar o relacionamento social, questões que envolvem dificuldades no dia-a-dia, bem como trabalhar os cenários vivenciados pelo paciente, de modo que seja possível reorganizá-los para que sejam reduzidos os estímulos dificultadores do processo de emagrecimento e aumentados os estímulos positivos e motivadores.

São também intervenções competentes à TO, promover adaptações para facilitar o desempenho nas atividades de vida diária e prática, preconizando a autonomia e o resgate do empoderamento e volição do obeso grave, ao passo que o terapeuta ocupacional compreende e dá significado às atividades do indivíduo, fazendo o mesmo compreendê-las com outro olhar.

O terapeuta ocupacional pode também fazer uso de alguns procedimentos para prevenção de deformidades, principalmente naqueles que têm prejuízos significativos na mobilidade, permanecendo acamados ou deitados por longos períodos, como manobra para o controle de edemas e prevenção de escaras, além de proteção das articulações, que devem ficar alinhadas em posição neutra (DE CARLO e LUZO, 2004).

6.1.2. DA AUTOIMAGEM

A autoimagem é uma figura subjetiva que criamos do nosso próprio corpo em nossa mente, assim como medidas, larguras e formatos do corpo, que não necessariamente sejam reais. A autoimagem expressa também sentimentos relacionados ao corpo e às partes dele (BOSI et al, 2006 e GARDNER, 1996).

Segundo Gouveia, Singelis e Coelho (2002), a autoimagem é dividida em independente e interdependente, das quais a população geral apresenta aspectos de ambas. O primeiro tipo de autoimagem está relacionado ao contexto subjetivo, individual e separado do social, onde estes indivíduos enfatizam fortemente suas qualidades internas, pensamentos e sentimentos. Já a autoimagem interdependente, ressalta muito mais o contexto social, estando geralmente relacionadas à imagem pública, ao *status* e ao papel social.

A autoimagem está relacionada com a auto percepção, que para Ogden e Evans (1999), provavelmente “reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal e pode ser influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante”.

Muitos fatores influenciam na percepção e distorção da autoimagem, como os socioculturais, emocionais, físicos e perceptuais. Os primeiros, no entanto, exercem grande parte dessa influência em toda a população geral através dos chamados “padrões de beleza”, que sofrem mudanças de acordo com o período histórico. Se antigamente a beleza estava associada a corpos fortes e rechonchudos, atualmente ser bonito é estar magro e possuir corpos esbeltos e atléticos. Aquelas pessoas que não se encaixam no padrão de beleza pedido pela sociedade são estigmatizadas e excluídas dela, sendo uma forma significativa de sofrimento (ALMEIDA et al, 2005). .

Essas influências inadequadas em busca da beleza podem gerar o desenvolvimento de acometimentos mais sérios do que a simples perda ou ganho de peso, que afetam a saúde e a qualidade de vida de toda a população. Consequentemente acredita-se ser um importante fator de risco de patologias, principalmente aquelas relacionadas com o desenvolvimento de transtorno de conduta alimentar, como a anorexia, bulimia (VIEIRA et al, 2009) e também a obesidade. A percepção de autoimagem corporal é um fator de risco que não se deve ignorar, ou ser interpretado somente como um fracasso pessoal.

Num cenário como esse, onde o conceito e todas as questões que envolvem a construção da imagem corporal podem não ser muito bem conhecidos, e sendo a imagem corporal, muitas

vezes determinante para a tomada de atitudes em direção ao corpo, importantes pilares podem ser estabelecidos na relação terapeuta-paciente. A informação a respeito do tema deve servir primeiramente para promover alívio da super estima pela percepção distorcida do corpo.

A Terapia Ocupacional, utilizando a atividade como recurso terapêutico, proporciona ao paciente um ambiente realístico, semelhante às situações de vida real, no qual o paciente pode testar suas habilidades, seus pontos fracos e identificar a origem de suas angústias em relação a si mesmo. Para alcançar tal objetivo, uma das formas viáveis é o tratamento em grupos terapêuticos, possibilitando o ressurgimento do sentimento de pertença e (re)construção da identidade social, além novas relações interpessoais. Lembrando que para Pichon Rivière (1986), um estudioso de grupos e seus fenômenos, o resultado final de um grupo é sempre a aprendizagem. O terapeuta ocupacional é o facilitador, cabendo a ele despertar o desejo de fazer e também apresentar possibilidades de enfrentamento e sucesso.

O atendimento, individual ou em grupo, para os que sofrem de distúrbio de autoimagem, deve ser centrado no paciente e focado em proporcionar a identificação e a discussão da imagem corporal distorcida, seus conflitos, dificuldades encontradas no cotidiano e em seus relacionamentos. Propor atividades que encorajem a autoexpressão. Atividades que elucidem a imagem corporal real mais próxima possível do que se é percebido pelo paciente, fazendo diminuir o medo de se tocar e falar de si mesmo, encorajando-o à adesão ao tratamento da obesidade, já que se fez notar a importância suprema para a qualidade de vida.

O terapeuta ocupacional é capaz, ainda, de avaliar o paciente obeso mórbido de maneira padronizada e protocolada. Na avaliação da autoimagem, deve ocorrer primeiramente uma entrevista clínica, e então levar em consideração os tamanhos e proporções exatas e reais do corpo do indivíduo e os sentimentos em relação a ele. Além do IMC, outros exames antropométricos, que analisem as proporções de gordura e massa muscular magra (OMS, 1995) se fazem importantes para um resultado confiável. Avaliações possíveis para essa etapa do tratamento podem ser a Escala de Desenho de Silhuetas e também a Body Shape Questionnaire (ANEXO A).

6.1.3. DO ESTIGMA

Goffman (1988) discute em sua obra sobre estigma e constrói uma linha de pensamento desde a Idade Clássica, como a representatividade do estigma para os gregos, até a elaboração dos conceitos mais usuais ainda nos dias de hoje.

O autor comenta que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais, sendo assim, tudo o que estiver fora desse padrão social, é considerado diferente, incomum e anormal. Há um afastamento do “eu - normal” em relação ao “outro”. O estigma é direcionado a atributos depreciativos (GOFFMAN, 1988).

Podem-se mencionar três tipos de estigma. Em primeiro lugar, há abominações do corpo, o sujeito carrega em si sinais corporais, como as várias deformidades físicas. Em segundo, tem-se a culpa como atributo individual, é percebida como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas julgadas como inerentes ao sujeito em distúrbio mental, viciado, alcoólatra, preso, homossexual, desempregado, àquele que já tentou suicídio... Por último há os estigmas tribais de raça, nação e religião (GOFFMAN, 1988).

Goffman (1988) afirma que todos estes exemplos de estigma têm a mesma raiz social, definidas por características discriminantes: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que se pode impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que previa a sociedade.

Além das doenças associadas e das complicações enfrentadas no dia-a-dia, o obeso mórbido sofre ainda com o estigma. Este indivíduo, em decorrência da doença, tem distorções quanto a sua significância humana, há a perda do “eu”, sua identidade é atrelada, impreterivelmente, à sua condição de ser gordo, sendo vivenciado apenas o “eu - alimento”. Tal condição é fator precursor de problemas psicossociais, que desencadeiam distorções de autoimagem e autoestima.

Como afirmam Zottis e Lambrocini (2003), o estigma que o obeso recebe é fruto da construção social, que cultua o belo e a magreza. A mídia é apontada como a principal responsável por reafirmar tais padrões cristalizados na cultura ocidental. O obeso, por sua vez, se enxerga apenas como um corpo tomado por gordura e se culpa pelo seu fracasso. Estas pessoas acabam se isolando de seus contextos, deixando de pertencê-los: abandonam os estudos, o emprego, os amigos, parceiro (a) afetivo (a).

O terapeuta ocupacional tem sua intervenção voltada para a interferência nestes contextos e cenários dos quais o obeso tende a deixar de fazer parte, à medida que proporciona encorajamento e o resgate da vontade de participar, além de mediar o processo de como lidar com o preconceito e ainda fazer conhecido seus direitos garantidos na Legislação brasileira.

Podem ser proporcionadas atividades que exaltem as habilidades e os potenciais remanescentes, e também, àquelas que foram conquistadas durante o tratamento para obesidade mórbida.

O trabalho da Terapia Ocupacional também tem como foco ajudar a controlar e minimizar as comorbidades. Ao elaborar, juntamente com o paciente, uma rotina, a terapêutica ocupacional proporciona experiências significativas, que corroboram com as contribuições dos demais profissionais da equipe que está prestando assistência. A organização da rotina colabora também com a organização interna do sujeito.

A partir da execução de atividades significativas, previstas na rotina terapêutica, é possível colaborar no tratamento da obesidade quanto ao estabelecimento de horários para administração de medicamentos, para as refeições da dieta, para atividades de lazer, consultas de cunho médico, e também, para a realização de atividades físicas supervisionadas pelo educador físico.

O cumprimento da rotina é assistido e, portanto, induz a participação ativa do paciente obeso. Além disso, é permeado por experiências motivacionais e com foco nos desempenhos ocupacionais realizados com sucesso.

Lidar com o estigma proporciona ao sujeito portador da obesidade mórbida perda gradual da preocupação em esconder seu corpo. O resgate da autoestima, decorrente ao tratamento da doença é apontado, em pesquisas científicas, como o aspecto mais relevante àqueles que obtiveram resultados positivos no tratamento da doença, sendo característica fundamental para o conceito de bem-estar.

6.1.4. DA RESSIGNIFICAÇÃO DO COTIDIANO

Quando se considera a subjetividade e os anseios do indivíduo, e os contextos dos quais faz parte, a intervenção da Terapia Ocupacional vai além do treinamento de atividades de vida diária e prática, o ponto chave passa a ser a ressignificação do cotidiano, como sugere a pesquisa de Galheigo (2003).

A incorporação do conceito de cotidiano implicou em alterações na prática da Terapia Ocupacional, que agora é fundamentada na retomada histórica e contextualizada do sujeito, objetivando inserção participante nos cenários de vivência dele.

Para Francisco (2001, apud Galheigo, 2003, p. 108) o cotidiano se difere da rotina, não é a simples repetição mecânica de ações que levam a um fazer por fazer. Cotidiano é um espaço onde é possível “exercer nossa prática transformadora, é o social, é o contexto em que vivemos”. Heller (2000, apud Galheigo, 2003, p. 108) diz que “a vida cotidiana é a vida do homem inteiro: onde se colocam todas suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, sentido”.

A vida cotidiana do sujeito tem seus desdobramentos na relação intrínseca entre a realidade exterior e a realidade psíquica, que fazem parte do mesmo plano onde são estabelecidas suas relações sociais, suas atividades costumeiras de auto cuidado e auto manutenção. O terapeuta ocupacional tem, portanto, domínio, para contribuir criticamente a respeito do cotidiano do sujeito. Este profissional tem poder de refletir a vida cotidiana e suas determinações, desconstruindo o que parecia ser uma rotina imutável, contribui, também, para os movimentos de autodeterminação do sujeito, de reorganização do coletivo e ressignificação do cotidiano.

A Terapia Ocupacional tende à promoção de saúde, cidadania e participação social, não sendo o foco o modelo de atenção centrado na doença. A atuação do profissional é focalizada na singularidade do sujeito, sua história, sua cultura, seu cotidiano, em um processo que facilita o exercício da autonomia e funções na comunidade. O terapeuta ocupacional detém o conhecimento crítico sobre o cotidiano e é capaz, então, de intervir na relação sujeito-cotidiano-história-sociedade, sendo o indivíduo resultados de múltiplas determinações.

As autoras Almeida e Trevisan (2010) concluem na pesquisa realizada por elas que:

“A Prática Centrada no Cliente constitui um referencial teórico específico do terapeuta ocupacional, que permite desenvolver ações em parceria com os usuários, auxiliando-os no processo de identificação de suas demandas e superação das barreiras que se

interpõem à sua participação social e desempenho satisfatório nas atividades cotidianas”.

Portanto, a ação do terapeuta ocupacional, em sua clínica do cotidiano, faz-se da problematização de um fazer que mereça ser ressignificado pelo indivíduo que passa a possuir a si mesmo e a possuir o seu próprio processo de transformação. No caso dos obesos mórbidos a ressignificação do cotidiano é importante quando na mudança de hábitos que produzam efeitos sobre o “eu alimento”, propiciando o “eu atividades”, bem como o “eu relações pessoais”.

Ressignificar o cotidiano de um obeso mórbido é fazer com que seus contextos estejam engrenados de maneira harmônica e produtiva, reduzindo efeitos negativos quanto à condição de ser doente e estigmatizado.

A atuação da Terapia Ocupacional pode voltar-se para os contextos de desempenho, ou seja, para o ambiente físico e/ou social em que a atividade é realizada, por meio de indicação ou confecção de adaptações ambientais, orientação aos familiares, mobilização da comunidade, etc. O terapeuta ocupacional deve favorecer a experimentação de diferentes maneiras de se relacionar com o alimento e também com a prática de comer, facilitando o processo de habitação à dieta.

Deve-se reduzir, progressivamente, a ansiedade e ajustar o desejo incontrolável pela comida. O fornecimento de estímulos reforçadores do emagrecimento, bem como a restauração do estatuto de sujeito do indivíduo obeso, devem envolver o retorno para as Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais, assim como as restituições das relações interpessoais, as atividades laborais e a participação ativa nos contextos sociais.

“A Terapia Ocupacional possui uma atenção essencialmente preventiva e interventiva com atividades significativas, com objetos de realização do indivíduo e com seus projetos de vida, seja no lar, na escola, no trabalho” (BEZERRA et. al., 2009, p. 01).

O contexto da atividade humana é amplo e exprime a realidade do cotidiano, uma vez que “possibilita conhecer a si mesmo, o mundo, o espaço, o tempo e também ser reconhecido através de sua história enquanto ser socialmente ativo. Assim funciona como elemento centralizador e orientador do processo terapêutico” (BEZERRA et. al., 2009, p. 01).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar a obesidade e suas evoluções, é certo verificar o aumento da prevalência da doença, se configurando como uma pandemia. Portanto, implica em definir prioridades e estratégias de ação de Saúde Pública, em especial à prevenção e ao controle das doenças crônicas associadas, assim como dar destaque às ações de educação em alimentação e nutrição e as práticas de atividades físicas que alcancem eficazmente todas as camadas sociais da população.

Com ações voltadas para a prevenção e o controle da obesidade e suas evoluções é possível diminuir sensivelmente o número de pessoas que necessitam da cirurgia bariátrica como a solução de seus problemas. Deixando de ser um tratamento generalizado e de magnitude tal que influencia em diversas áreas da vida do paciente.

Por se tratar de uma doença complexa, que atinge grande parte da população sem distinção de gêneros, idade ou nível social, que compromete não somente a integridade dos sistemas do corpo, devido às comorbidades associadas, mas também reflete nos aspectos psicossociais do sujeito obeso, faz-se necessária a atenção interdisciplinar.

O terapeuta ocupacional, por sua vez, pode contribuir em todos os níveis de atenção à saúde. Sendo suas intervenções com os obesos mórbidos, complementares às estratégias da equipe.

Apesar de a cirurgia bariátrica ser o tratamento mais usual e eficaz contra a redução significativa do peso e das comorbidades, seus desdobramentos trazem sentimentos e experiências negativas quanto ao corpo em transformação. Pode trazer depressão, autoestima baixa, exclusão social, que prejudicam a qualidade de vida, à medida que traz déficits na vivência do cotidiano, se tornando um risco. O terapeuta ocupacional, então, atua como facilitador do processo da relação do paciente com a comida, do paciente com o estigma social, do paciente com o espelho e a balança.

O Terapeuta Ocupacional é um profissional que pode possibilitar um espaço de vivência de novas situações e para a discussão dos conflitos relacionados à 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.

São atribuições da Terapia Ocupacional no tratamento de obesos graves avaliar, manter e recuperar a independência, a função motora, o desempenho em atividades diárias, a capacidade para resolução de problemas, o uso do tempo livre, adaptação de ambientes, fornecimento de atividades orientadas, reduzir estímulos nocivos ao bem-estar físico e mental do sujeito, à medida que deve-se reforçar os estímulos motivadores do emagrecimento e da participação ativa do indivíduo, assim como promover a troca da fonte exclusiva do prazer em alimentar-se, proporcionando experiências realistas e que tragam satisfação tanto quanto a prática de comer.

Tudo isso abre espaço para que sentimentos possam ser expressos, 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.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Avaliação clínica do paciente obeso. **Revista ABESO**, v. 32, n. 32, 2007. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/113/avaliacao+cl%C3%ADnica+do+paciente+obeso.shtml>>. Acesso em: Mai. de 2014.

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista ABESO**, v. 11, n. 11, 2002 a. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/194/metodos-de-avaliacao-de-obesidade-e-alguns-dados-epidemiologicos.html>>. Acesso em: Mai. de 2014.

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Notícias. 2014 b. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/1099/pessoas+que+emagrecem+por+meio+de+cirurgia+saos+estigmatizadas.shtml>>. Acesso em: Mai. de 2014.

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Notícias: Nos países em desenvolvimento, a obesidade aumentou quatro vezes em três décadas. 2014 c. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/lenoticia/1090/nos+pa%C3%ADses+em+desenvolvimento+a+obesidade+aumentou+quatro+vezes+em+tres+decadas.shtml>>. Acesso em: Jun. 2014.

ADDA, Carla Cristina. Autoconsciência e reabilitação cognitiva. Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica Jacqueline Abrisqueta Gomez. Porto Alegre : Artmed, 2012, p. 88 – 91.

ADES, Lia e KERBAUY, Rachel Rodrigues. Obesidade: Realidade e Indagações. **Psicol. USP**, v.13, n.1, São Paulo, 2002. Acesso em: Out. de 2013.

ALBUQUERQUE, C P; VITAGLIANO, E; YAMADA, J Y; FAGUNDES, C; GARCIA, R E; BRAGA, R; CARRAMENHA, Renata C V B; ANJOS, S M; FERREIRA, M S; GASPAR, A P. Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. **Acta Fisiatr**, v. 18, n. 2. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=81#>>. Acesso em: Jun. de 2014.

ALMEIDA, Graziela A Nogueira de et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** 2011, vol.24, n.3, p. 226-231. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202011000300009>>. Acesso em: Out. de 2013.

ALMEIDA, et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2005.

ALMEIDA, Daniela Tonizza; TREVISAN, Érika Renata. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 15, n. 36. Botucatu, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: Jun. 2014.

ANJOS, L.A.; VEIGA, G.V; CASTRO, I.R.R. Distribuição dos valores do índice de massa corporal da população brasileira até 25 anos. **Revis Panam de Salud Publica**, v. 3, n.3, p. 164-173, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v3n3/3n3a4.pdf>>. Acesso em: Out. de 2013.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS publica nova listagem de coberturas obrigatórias. Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/715-ans-publica-nova-listagem-de-coberturas-obrigatorias>>. Acesso em Fev. de 2013.

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 7, n. 2, ago, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: Nov. de 2013.

ANAUATE, M. C.. Uma abordagem de terapia ocupacional em Apraxia Ideatória. In: CAPOVILLA, F. C. GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. Tecnologia em (re)habilitação cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar. São Paulo: Edunisc, 1998. p.277-281,

BANCO DE SAÚDE. Consequências da obesidade. Disponível em: <<http://www.bancodesaude.com.br/obesidade/consequencias-obesidade>>. Acesso em: Mai. de 2014.

BÉRGAMO, D. Carvalho. Aspectos psíquicos e a cirurgia de obesidade: uma revisão sobre os sintomas e a eficácia do tratamento a longo prazo. Marília, 2011.

BEZERRA et. al. A construção e ressignificação das práticas da Terapia Ocupacional na estratégia saúde da família a partir da residência multiprofissional. *Sanare, Sobral*, v. 8, n. 2, p. 52-62, jul/dez 2009.

BLUMENKRANTZ, M. Obesity: the world's metabolic disorder. Beverly Hills, 1997. Disponível em: <<http://www.quantumhpc.com.obesity.html>>. Acesso em: Jan. de 2013.

BOSI, M.L.M. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2006.

CANESQUI, A.M; GARCIA, R. W. D. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 23 – 47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_01.pdf>. Acesso em: Jun. 2014.

CARDOSO, J. S; CAVALCANTE, M. C. V; MIRANDA, A. T. M. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 24, n. 2. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/79911/pdf_9>. Acesso em: Jun. de 2014.

CARVALHO, C.R.A. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 2, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. de 2013.

CBN. Editoriais. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 350% em dez anos. **Ciência & Saúde. Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://cbn.globoradio.globo.com/editorias/ciencia-saude/2013/12/07/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-350-em-dez-anos.htm#ixzz33ofT5dTe>>. Acesso em: Jun. de 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

COUTINHO, W.F; CABRAL, M.D. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 44, n.1. fev, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200010>. Acesso em: Jun. de 2014.

DATASUS, Ministério da Saúde. Indicadores de fatores de risco e proteção. Prevalência de excesso de peso em adultos – G.7, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#mort>. Acesso em: Out. de 2013.

DATASUS, Ministério da Saúde. Indicadores de fatores de risco e proteção. Prevalência de excesso de peso em adultos – G.7, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g07.def>>. Acesso em: Abr. de 2014.

DE CARLO, M. M. R. P; LUZO, M.C..M, **Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004, p. 11.

DUCHESNE, M; APPOLINÁRIO, J.C; RANGÉ, B.P; FREITAS, S; PAPELBAUM, M; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev Psiquiatr.** p. 80-92. Rio Grande do Sul, 2007.

FLASO, Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade. Consenso Latino-Americano de Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab.** vol 43, n. 1, p. 01. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000100006&script=sci_arttext>.

FMRP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo-USP. Terapia Ocupacional. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/site-graduacao/graduacao/cursos-oferecidos-pela-fmrp/terapia-ocupacional/>>. Acesso em: Jun. 2014.

FRANCISCHI, R.P.P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>>. Acesso em: Out. de 2013.

GALHEIGO, S.M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo. v 14. n 3. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13924/15742>>. Acesso em: Jun. 2014.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311997000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Out. de 2013.

GARDNER, R.M. Methodological issues in assessment of the percentual component of body image disturbance. **B J Psychol.**, 1996.

GIGANTE, Denise P. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, jun. 1997. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Out. de 2013.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa – 4. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 1991.

GOFFMAN, E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 1988. Disponível em:

<http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3B%20Estigma.pdf>. Acesso em: Jun. de 2014.

GONÇALVES, M.J.; MACEDO, E.C.. Tecnologia em (re)habilitação cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar. São Paulo: Edunisc, 1998. p.277-281.

GORDON, P.C; KAIO, G.H; SALLET, P.C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, 2011.

GOUVEIA, V.V.; SINGELIS, T.M.; COELHO, J.A.P.M. Escala de autoimagem: comprovação da sua estrutura fatorial. Avaliação Psicológica, 2002.

IBGE, 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2008-2009. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm>. Acesso em: Jun. de 2014.

KERBAUY,R.R. Autocontrole: obesidade, problemas contemporâneos e procedimentos clínicos. Comportamento em foco 1 – Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://abpmc.org.br/site/cfoco/cfocov1.pdf>>. Acesso em: Mai. de 2014.

LAPLATINE, François. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes – WFM, 2004.

LEAL, C.W; BALDIM, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Psiquiatr do RS**, v. 3, p. 324-327. Santa Catarina, 2007.

LIMA FILHO, José Vieira. Cirurgia da obesidade: caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos. [recorte de dissertação de pós-graduação]. Recife, 2008.

MACEDO, M.Z; ESCOBAL, G; GOVOS, C. Algumas das contribuições da análise do comportamento para o estudo da obesidade e do sobrepeso. **Comportamento em Foco 1**. São Paulo, 2011.

MANCINI, M.C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 45, n. 6, Dec. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Mai; de 2014.

MANCINI, M.C; HALPERN, A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo v. 46, n. 5, 2002 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Abr. de 2014.

MARCELINO, L.F; PATRÍCIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Santa Catarina, 2011.

MARIANO, M.L.L; MONTEIRO, C.S; DE PAULA, M.A.B. Cirurgia bariátrica: repercussão na vida laboral do obeso mórbido. [anais do XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale da Paraíba]. Taubaté, 2011. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0046_0256_01.pdf Acesso em: Jun de 2014>.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Fev. de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Saúde, 2014 c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/811-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/11-media-e-alta-complexidade/12515-sobrepeso-e-obesidade>>. Acesso em: Mai. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Saúde. Aumenta número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS. Brasil, 2014 d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>>. Acesso em: Jun. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Saúde. Saúde reduz idade para cirurgia bariátrica no SUS. Biblioteca, Brasília-DF, 2012 b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7663/162/saude-reduz-idade-para-cirurgia-bariatrica-no-sus.html>>. Acesso em: Jan. de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica, Obesidade. – n.12. Brasília, 2006 a.

MIRIAM. Consultório Etimológico. Origem da Palavra – Site de Etimologia, 30 oct. 2010. Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/pergunta/obesidade/>>. Acesso em: Out. de 2013.

MOREIRA, C.M.M. Métodos de diagnóstico da obesidade. Obesidade info. Disponível em: <<http://www.obesidade.info/metodosobesidade.htm>>. Acesso em: Maio de 2014.

NÓBREGA, A.G.S. Vivências e significados da obesidade e do emagrecimento através da cirurgia bariátrica. [recorte da tese de mestrado]. Fortaleza-CE, 2006.

O ESTADO DO PARANÁ, Redação. Obesos sofrem com preconceito. Paraná Online. Disponível em: <<http://www.paranaonline.com.br/editoria/pais/news/282989/>>. Acesso em: Jun. de 2014.

OGDEN, J; EVANS, C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Metab Disord*, 1999.

O GLOBO. Falando em Saúde, Top Med. 2009. Disponível em <<http://www.topmed.com.br/falando-em-saude/saude-na-midia/doencas-cronicas/estados-unidos-devem-chegar-a-2030-com-164-milhoes-de-obesos-mostra-estudo/>>. Acesso em: Out. de 2013.

OLIVEIRA, V.M; LINARDI, R.C; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400014>>. Acesso em: Jan. de 2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. WHO Technical Report Series n° 854 . Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. WHO Technical Report Series n° 854.

REPETTO, G; RIZZOLLI, J; BONATTO, C. Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso: Aqui, Lá, em Qualquer Lugar. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 47, n° 6. Dez 2003, p. 633-635.

REVISTA ÉPOCA, Globo. Obesidade está crescendo no Brasil, revela IBGE. Época Online, 2004. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR68024-6014,00.html>>. Acesso em: Jul de 2014.

RIBAS, Camila Rezende Pimentel. Representação Social dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. 2009. 129 f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009 Disponível em: <www.teses.usp.br/teses>.

SBCBM, Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://sbcbm.org.br/index.php>>. Acesso em: Abr. de 2014.

SBCBM, Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://sbcbm.org.br/legislacao.php?menu=3>>. Acesso em: Mai. 2014.

SCABIM, V.M. Adesão ao tratamento nutricional ambulatorial pós-operatório de cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP – Brasil. [recorte da dissertação para título de mestre]. São Paulo, 2011.

SEGAL, A. Estratégias comportamentais no tratamento do obeso com compulsão alimentar. **Revista ABESO**, n. 57, Jun, 2012.

SEGAL, A; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>>. Acesso em: Jan. de 2013.

SENADO FEDERAL. Projetos e matérias legislativas. PCL – Projeto de Lei da Câmara nº 132 de 2011. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=103897>. Acesso em: Jun. de 2014.

SILVA, E.L; MENEZES, E.M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. **Rev. Atual**, Florianópolis, 4. ed., 2005. p. 14-15. Disponível em: <http://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf>. Acesso em: Fev. de 2013.

SISVAN, Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008, p 33. Disponível em: <www.fag.edu.br>. Acesso em: Out. de 2013.

TAVARES, T.B; NUNES, S.M; SANTOS, M.O. Obesidade e Qualidade de Vida: Revisão da Literatura. **Rev Med Minas Gerais**. Contagem – MG, 2010.

TROIANO, R. P; FLEGAL, K. M., Overweight Children and Adolescents: Description, Epidemiology, and Demographics. **Pediatrics**, 1998. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/101/Supplement_2/497.full.html>. Acesso em: Fev. de 2013.

TROMBLY, C. A. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. Rio de Janeiro: Santos Editora; 2005.

TROMBLY, C. A. **The issue is: anticipating the future: assessment of occupation function**. The American Journal of Occupational Therapy, v.47, n 3, p. 253-255, 1993.

UOL, Notícias. Pacientes de cirurgia bariátrica voltam a ganhar peso, revela estudo. Portal UOL. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/01/29/pacientes-de-cirurgia-bariatrica-voltam-a-ganhar-peso-revela-estudo.htm>>. Acesso em: Jun de 2014.

VASQUES, F; MARTINS, F.C; AZEVEDO, A.P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Rev. Psiq. Clin**. São Paulo, 2004.

VIEIRA, J.L.L et al . Distúrbios de atitudes alimentares e distorção da imagem corporal no contexto competitivo da ginástica rítmica. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 15, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Out. 2013.

VYA ESTRELAR, portal UOL. Bullying faz adolescentes obesos procurarem cirurgia bariátrica. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/bullying_obesidade.htm>. Acesso em: Maio de 2014.

WIN. Disponível em: <<http://win.niddk.nih.gov/publications/gastric.htm>>. Acesso em: Mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Factsheet n. 311. WHO; 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: Fev. de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000700015&lang=pt&tlng=>>. Acesso em: Out.de 2013.

9. ANEXOS

9.1.AVALIAÇÕES PARA AUTOIMAGEM CORPORAL:

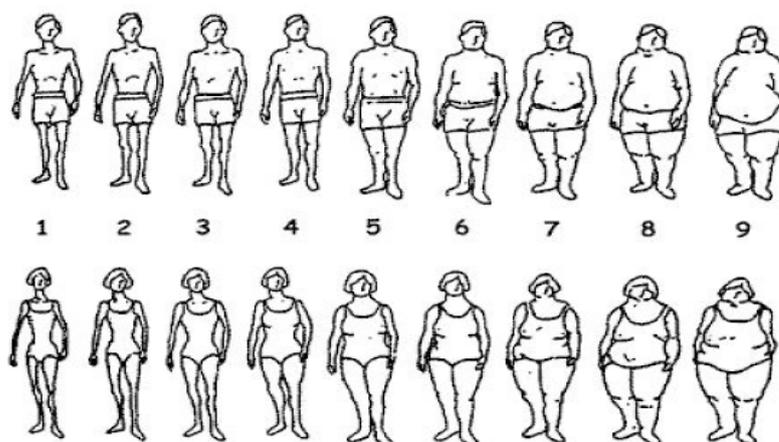
Escala de Desenho de Silhuetas

Criada em 1983 por Stunkard, Sorensen & Schulsinger, esta avaliação tem por objetivo avaliar a percepção quanto a tamanho e forma corporal dos indivíduos. Consiste em um conjunto de 18 cartões, sendo 9 de silhuetas femininas e 9 masculinas, que apresentavam variações de tamanho corporal. Cada cartão contém uma numeração correspondente à classificação do IMC, sendo 1 e 2 – não obesidade; 3 – sobrepeso; 4 e 5 – obesidade grau I; 6 e 7 – obesidade grau II; e 8 e 9 – obesidade grau III. Com os cartões espalhados aleatoriamente sobre uma mesa, pede-se que os participantes escolham um cartão para cada item: 1) Que represente um homem de tamanho normal; 2) Que represente uma mulher de tamanho normal; 3) Que represente o seu próprio tamanho; 4) Que representa um tamanho que você acredita poder alcançar, caso queira mudar o peso; 5) Que represente um tamanho que você gostaria de ter.

Então, os resultados são avaliados conforme as escolhas de desenhos em relação ao IMC e com relação ao IMC que os indivíduos possuem naquela ocasião.

Figura 1

Conjunto de silhuetas proposto para avaliação da imagem corporal.



Fonte: Stunkard AJ. *et al.* Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: Key SS *et al.* The genetics of neurological. New York; 1983.¹⁶

Body Shape Questionnaire (BSQ), versão para o português

O BSQ foi criado por Cooper e colaboradores em 1987, e traduzido para o português por Di Pietro, Xavier e Silveira (2003). O instrumento analisa o grau de insatisfação com relação à imagem corporal, sendo eles: nenhuma (menor ou igual a 80 escores); leve (entre 81 e 110 escores); moderada (entre 111 e 140 escores); e grave (maior ou igual a 140 escores).

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Autores: Cooper e colaboradores (1987); Tradutores: Di Pietro, Xavier e Silveira (2003)

Nome: _____ Data: ____/____/____.

Idade: _____ anos Peso: _____ kg Altura: _____ cm

IMC: _____ Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas, usando a seguinte legenda: 1 Nunca; 2 Raramente; 3 Às vezes; 4 Frequentemente; 5 Muito frequentemente; 6 Sempre.

1. Sentir-se entediado(a) faz você se preocupar com sua forma física?						
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?						
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, seus quadris e suas nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?						
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo?						
5. Você anda preocupada(o) achando que seu corpo não é firme suficiente?						
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?						
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?						
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?						
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que o seu faz você reparar em sua forma física?						
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?						
11. Você já se sentiu gordo(a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?						
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em						

desvantagem?						
13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (p. ex., ver televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?						
14. Ao estar nu(nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo(a)?						
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?						
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas do seu corpo?						
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo(a)?						
18. Você já deixou de participar de eventos sociais(p. ex., festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?						
19. Você se sente muito grande e arredondado(a)?						
20. Você sente vergonha do seu corpo?						
21. A preocupação com sua forma física leva-o(a) a fazer dieta?						
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (p.ex., pela manhã)?						
23. Você acredita que sua forma física se deve à sua falta de controle?						
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?						
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?						
26. Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?						
27. Quando acompanhado(a), você fica preocupado(a) em estar ocupando muito espaço (p.ex., sentado(a) num sofá ou no banco de um ônibus)?						
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio(a) de dobras ou banhas?						
29. Ver seu reflexo (p.ex., num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?						
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?						
31. Você evita situações nas quais outras pessoas possam ver seu corpo (p.ex., vestiários ou banhos de piscina)?						
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magro(a)?						
33. Você fica mais preocupado(a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?						

34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?						
---	--	--	--	--	--	--

*Fonte: Di Pietro, 2003.