



CIRÚRGIA BARIÁTRICA

Obesidade

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo e é atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública (BAL *et al.*, 2012). O aumento da prevalência de obesidade em todo o mundo, têm sido definido como uma pandemia, atingindo pessoas residentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento (GREENBAUM, 2011; VELLOSO, 2006; SWINBURN, EGGER, RAZA, 1999).

A associação entre a ocorrência de obesidade entre membros de uma mesma família é frequentemente descrita, acreditando-se que isso possa ser devido à fatores genéticos e hábitos de vida. A ocorrência de obesidade em crianças é duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos (KISSLER, SETTMACHER, 2013; GIGANTE, 2004).

Fatores como a mudança do hábito alimentar e o estilo de vida sedentário, aliados a determinantes genéticos ainda pouco conhecidos, desempenham um papel relevante na patogênese da obesidade (WANG, MONTEIRO, POPKIN, 2002; VELLOSO, 2006).

Tratamento

O tratamento da obesidade deve ser realizado com objetivo de prevenir e/ou tratar doenças associadas à obesidade, como diabetes, hipertensão, esteatose hepática, apnéia, entre outras. O controle do peso será consequência nesse tratamento (PECH *et al.*, 2012).

Dentre muitas formas de tratamento da obesidade, pode-se citar a realização de dieta balanceada, prática de atividade física, tratamento psicossocial, medicamentoso e realização de cirurgia. Denomina-se dieta balanceada a quantidade de alimentos necessários para o



funcionamento normal do organismo, durante 24 horas. O Ministério da Saúde recomenda que de 10 a 15% do valor energético total (VET) seja de proteínas, 50 a 60% do VET proveniente de carboidratos e 25 a 35% do VET de lipídeos (BRASIL, 2006). Desta forma o acompanhamento por um nutricionista é necessário.

Como orientações nutricionais para ajudar no controle de peso, pode-se citar:

- Comer devagar;
- Mastigar bem os alimentos;
- Engolir completamente uma porção de alimentos antes de colocar outra na boca;
- Consumir porções menores em cada refeição;
- Evitar comer em pé, ou atividades paralelas como ver televisão, computador, celular, etc enquanto se alimenta;
- Descansar os talheres, o alimento ou o copo enquanto se alimenta;
- Evitar ingerir líquidos junto com as refeições;
- Evitar jejuns maiores que 3 horas entre cada refeição (TEIXEIRA NETO, 2003).

O tratamento psicossocial pode ajudar no emagrecimento e necessita de um acompanhamento continuado, portanto, são complementos da diminuição da ingestão calórica. São geralmente constituídos por grupos de apoio (BRASIL, 2006).

A prática de atividade física é fator importante na melhora das condições cardiovasculares, respiratórias e emocionais dos obesos, além de melhorar a composição corporal e a saúde mental. São ainda citados como benefícios extras decorrentes de uma atividade física regular: diminuição da pressão arterial, melhora da capacidade vital, diminuição ou supressão da sensação de fome, diminuição da resistência à insulina, além de outros. Devemos lembrar que o paciente obeso deve passar por uma avaliação clínica rigorosa, antes de ser incorporado a programas regulares de



exercício físico. O obeso deve ter a sua atividade física supervisionada, para evitar risco para desenvolvimento de doença coronariana e/ou outras doenças associadas (TEIXEIRA NETO, 2003).

Em contrapartida, na década de 50 surge a cirurgia bariátrica como uma nova opção para tratamento de obesos mórbidos ou expostos a riscos de morte.

Vale ressaltar que a **cirurgia bariátrica não é a CURA da obesidade** e sim uma forma de tratamento.

Para que o resultado desejado seja alcançado, é preciso a combinação de dois outros tratamentos que eu chamo de **Dupla Dinâmica: DIETA BALANCEADA e ATIVIDADE FÍSICA.**

Cirurgia bariátrica

O tratamento cirúrgico da obesidade é um recurso terapêutico extremo, que deve ser cogitado apenas em pacientes portadores de obesidade com graves complicações médicas, que poderiam melhorar com uma perda de peso mais rápida (RUSCH; ANDRIS, 2007).

A perda de peso decorrente da cirurgia bariátrica ocorre pela restrição do volume alimentar consumido (técnica restritiva que reduz o tamanho do estômago ocasionando a saciedade precoce – cirurgia de Sleeve), diminuição da absorção dos nutrientes (técnica malabsortiva que diminui a absorção dos nutrientes devido ao desvio do trânsito intestinal – Derivação Bílio Pancreática), ou a combinação da restrição gástrica com algum grau de má-absorção (técnica mista, restritiva e malabsortiva – Bypass em Y-de Roux, também chamada de Fobi-Capella) (**ver figura 1**) (TOH *et al.*, 2009).

A cirurgia bariátrica tem como objetivo induzir uma redução intensa do excesso de peso corporal e atingir um equilíbrio metabólico, melhora intensa da resistência à insulina e redução da adiposidade, regulando níveis plasmáticos de triglicerídeos, colesterol total e frações, e ácido úrico,



equilibrando a pressão arterial e atenuando ou resolvendo problemas osteoarticulares, psicológicos entre outros (MOIZÉ, 2010). No entanto, o estabelecimento de deficiências nutricionais é indiscutível (**ver figura 2**). Desta forma, para o sucesso desse tratamento cirúrgico, faz-se necessário uma equipe multiprofissional especializada na área por toda à vida. A equipe multiprofissional inclui: cirurgião gastroenterologista, nutricionista, endocrinologista, psicólogo ou psiquiatra e fisioterapeuta (AACE/TOS/ASMBS GUIDELINES, 2008). Em adição, de acordo com Ministério da Saúde, a suplementação de vitaminas e minerais é obrigatória e deve ser monitorada e reavaliada constantemente.

Indicações para cirurgia bariátrica

As indicações para a realização da cirurgia bariátrica são avaliadas de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC); a idade; ou, o tempo de doença.

A seguir estão relacionadas cada tipo de indicação de acordo com a Portaria Nº 425, de 19 de Março de 2013; e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2013).

Em relação ao IMC:

- IMC > 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades;
- IMC entre 35 e 40 kg/m², na presença de comorbidades;
- IMC entre 30 e 35 kg/m², na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente:
 - classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença;
 - constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.



Em relação à idade:

- Abaixo de 16 anos: somente em caso de síndrome genética;
- Entre 16 e 18 anos para aqueles que apresentarem escore-Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não poderá ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento;
- Entre 18 e 65 anos: sem restrições;
- Acima de 65 anos: avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando:
 - risco cirúrgico,
 - presença de comorbidades,
 - expectativa de vida, e
 - benefícios do emagrecimento.

Em relação ao tempo da doença:

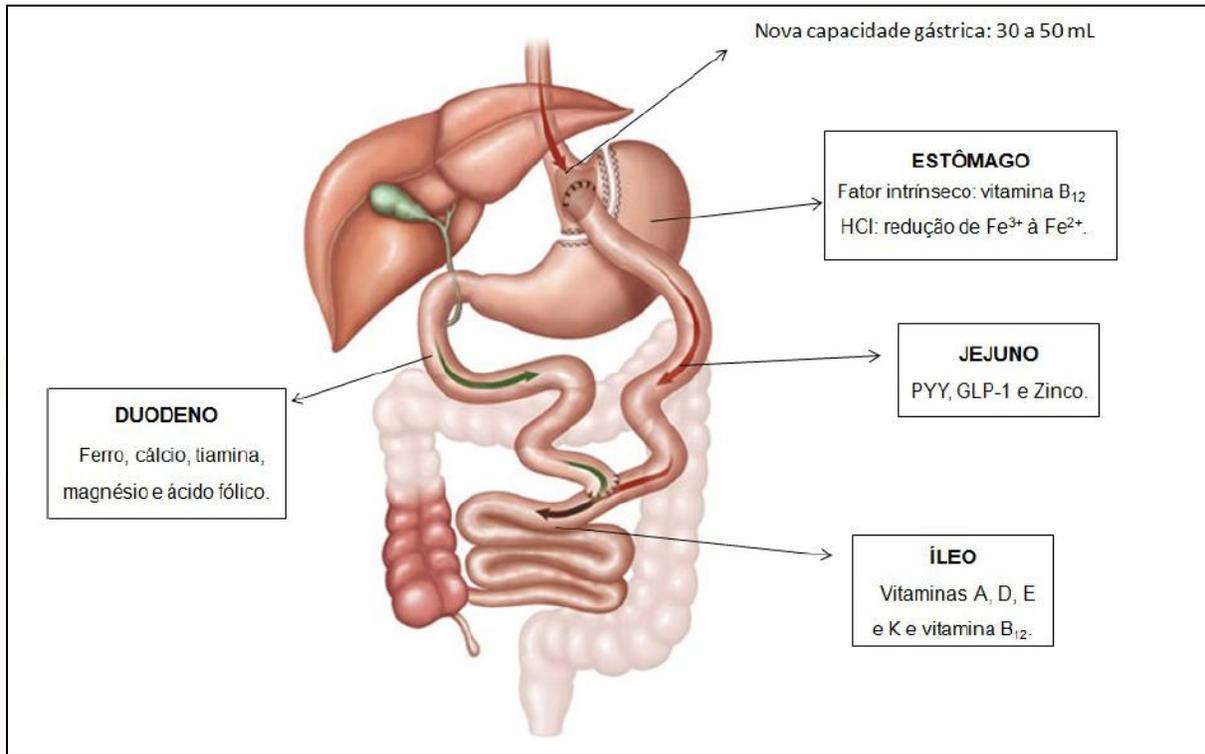
- Apresentar IMC e comorbidades em faixa de risco há pelo menos dois anos e ter realizado tratamentos convencionais prévios.
- Ter tido insucesso ou recidiva do peso, verificados por meio de dados colhidos do histórico clínico do paciente.

E ainda,

- Ausência do uso de drogas ilícitas e alcoolismo;
- Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;
- Consentimento do paciente e familiares;
- Aceitação de pós-operatório acompanhado por equipe multidisciplinar.



Figura 1: Técnica cirurgia do Bypass gástrico em Y-de-Roux.



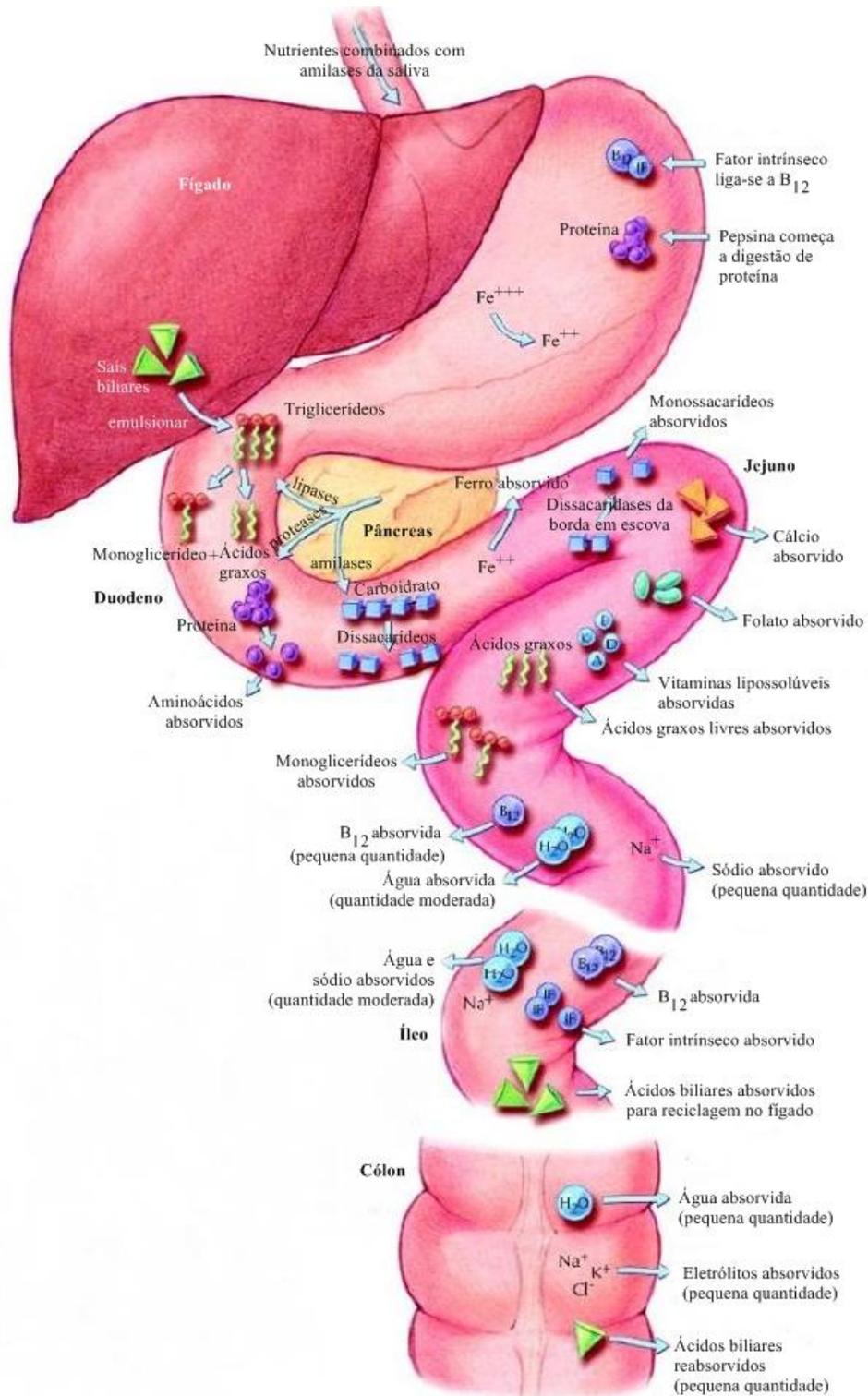
Técnica cirurgia do *Bypass* gástrico em *Y-de-Roux* (principal técnica utilizada atualmente) e suas principais alterações metabólicas. Os quadros apresentam os nutrientes e/ou produção de hormônios, indicando seus principais sítios de absorção e/ou local de produção antes da cirurgia.

PYY: polipeptídeo YY; GLP-1: *glucagon-like peptide-1*.

Fonte: AACE/TOS/ASMBS GUIDELINES, 2008.



Figura 2: As localizações relativas de digestão e absorção de nutrientes no trato gastrointestinal saudável.



Fonte: Adaptado de JEEJEEBHOY, 2002.