

**CIRURGIA BARIÁTRICA, UMA ANÁLISE SOBRE ESTE TRATAMENTO
NO CONTROLE DA OBESIDADE**

Camila Mariana Santos Leal¹,
Paula Mara Ferreira Monteiro Franca¹,
Antonio Coppi Navarro¹

RESUMO

A prevalência da obesidade tem aumentado progressivamente e seu tratamento é imprescindível, pois ela está associada ao aparecimento de diversas doenças crônicas. Suas causas são múltiplas, mas se destacam a elevada ingestão calórica, em especial de origem gordurosa, e o sedentarismo. A maneira mais objetiva para classificar a obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). Pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida. A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. As cirurgias antiobesidade podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica, ou que interferem na digestão ou, ainda, uma combinação de ambas as técnicas. As principais indicações para a cirurgia bariátrica são: obesos com IMC maior que 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m², associado com doenças clínicas descompensadas pela própria obesidade. A ocorrência de complicações graves, tanto nos períodos pós-operatórios precoces como tardios, ressalta a necessidade de adequada preparação para o ato cirúrgico, com destaque para a avaliação multiprofissional e para a importância do seguimento destes pacientes.

Palavras-chave: Obesidade mórbida, Tratamento, Cirurgia bariátrica, Gastroplastia.

ABSTRACT

Bariatric surgery a review about this treatment in control of obesity

Obesity prevalence has increased gradually and its treatment is essential, because it is associated with diverse chronic illnesses. Their causes multiple, but they highlight the high caloric intake in particular source fats and sedentary lifestyle. The best way to classify the obesity is the Body Mass Index (BMI). Obesity becomes a serious disease when it is morbid, that is, when the BMI exceeds 40 kg/m². Bariatric surgery is the only proven effective therapy for long-term control of morbid obesity. This surgery can be broadly divided into procedures that limit the stomach's capacity, that interfere with digestion or a combination of both the techniques. The main indications for the bariatric surgery are individuals with a BMI > 40 or those with a BMI > 35 who also present any comorbidity. The occurrence of complication, both in late postoperative periods early as highlights need for adequate preparation for surgery, with a multi-paragraph highlight for assessment and monitoring importance of this patient.

Key words: Morbid obesity, Treatment, Bariatric surgery, Gastroplasty.

1-Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Gama Filho - Obesidade e Emagrecimento

E-mail:
milamleal@yahoo.com.br
paulanutrir@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupante, devido ao seu crescente aumento e as graves consequências que pode acarretar. Trata-se de uma doença crônica, relacionada a um acúmulo excessivo de gordura corporal. Suas causas são múltiplas: genéticas, psíquicas, sociais, metabólicas, endócrinas e relacionadas com hábitos inadequados de alimentação (ingestão aumentada de calorias) e de atividade física (sedentarismo).

A avaliação da obesidade é feita através do índice de massa corporal (IMC). A faixa de peso de IMC considerada normal varia de 19 a 24,9 Kg/m². Pessoas com IMC de 25 a 30 são consideradas acima do peso (sobrepeso), enquanto aquelas entre 30 e 40 já são classificadas como obesas. Finalmente, pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida. Também são obesos mórbidos pacientes que estão com 100% ou mais acima do seu peso ideal ou 45,4 Kg acima do peso ideal. Assim, a maioria das mulheres com peso superior a 108,9 Kg e a maioria dos homens com mais de 122,5 Kg são considerados obesos mórbidos. No Brasil estima-se que pelo menos 1% da população, ou seja, cerca de dois milhões de pessoas estejam incluídas nesta categoria.

Segundo Björntorp (2003) os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença que ameaça a vida, reduz a qualidade de vida e a auto-estima e que requerem abordagens eficientes para promover uma redução do peso.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado como o método mais efetivo para o tratamento e a profilaxia das complicações causadas pela obesidade mórbida.

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é indicado em decorrência da ineficácia do tratamento não cirúrgico e pelo elevado risco de vida de uma obesidade clinicamente severa não tratada. Além disto, já foram bem demonstradas a eficácia e segurança dos procedimentos cirúrgicos bariátricos em aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos.

A cirurgia é realizada para o tratamento das comorbidades relacionadas à obesidade mórbida. A perda de peso, apesar

de ser um componente essencial do processo, torna-se apenas a mensuração numérica do tratamento das comorbidades.

Pacientes com IMC entre 35 e 40 Kg/m² devem ser considerados para o tratamento cirúrgico desde que sejam portadores de doença clínica cujo controle seja facilitado pela perda ponderal (ex. hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*).

Os casos mais acentuados se inserem hoje na esfera de atuação cirúrgica, com base na compreensão de que estão associados a: 1) alta frequência de comorbidades (Tabela 1) com conseqüente piora da qualidade de vida e redução da expectativa de sobrevivência. 2) alta probabilidade de fracasso dos tratamentos conservadores (perda de peso insuficiente e não sustentada), baseados na utilização de dietas, medicamentos, psicoterapias e exercícios físicos.

Tabela 1. Mostrando as comorbidades mais frequentes na obesidade mórbida.

Hipertensão arterial
Dispnéia - apnéia do sono
Artropatias
Diabetes
Hiperlipemias
Incontinência Urinária de esforço
Varizes dos membros inferiores - complicações
Colelitíase
Esofagite de refluxo
Hérnias
Dermatopatias
Dificuldades diagnósticas
Maior risco cirúrgico
Desajustes psicológicos e sociais

A obesidade excessiva está intimamente associada a doenças como arteriosclerose, esteatose hepática, dislipidemia, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiências cardiovasculares, além dos distúrbios endócrinos e articulares.

A obesidade mórbida é uma doença refratária ao tratamento clínico, sendo que a sua taxa de recidiva chega a 98%. Nesse caso, a única opção para o controle da obesidade em longo prazo, é o tratamento cirúrgico. Diversas técnicas cirúrgicas têm sido utilizadas nas últimas cinco décadas, porém o procedimento considerado padrão-ouro no

tratamento da obesidade mórbida é a gastroplastia vertical com ou sem anel de silyastic (Figura 1) e reconstrução em Y de Roux (GVBYR), proposta paralelamente por Fobi e por Capella (Figura 2). Esta operação se utiliza do Y de Roux, para exclusão intestinal e reconstrução do trânsito digestivo, encontrando-se na literatura diferentes variações técnicas com relação ao tamanho do componente disabsortivo, apresentando uma perda média do excesso de peso de 75%, embora algumas complicações tenham sido relatadas.

Dentre as técnicas cirúrgicas, a mais utilizada é a de Fobi-Capella, uma técnica mista, ou seja, restritiva e disabsortiva. Nesta, o estômago é separado em dois compartimentos por meio do uso de grampeadores. O estômago remanescente terá um volume de 30 mL a 50 mL e será ligado a um segmento do intestino delgado, enquanto a maior porção do estômago fica fora do trânsito alimentar.

O tratamento cirúrgico da obesidade justifica-se somente quando o risco de permanecer obeso exceder os riscos, a curto e longo prazo, da cirurgia bariátrica. Os critérios para a seleção do paciente incluem: índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² associado à comorbidades que possam ser reduzidas com a perda de peso; várias tentativas de perda de peso sem resultado e condições psicológicas para cumprir a orientação dietética no pós-operatório, o que deve ser avaliado com a ajuda do serviço de psicologia.

A conclusão da cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, pelo contrário, é o início de um período de um a dois anos de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde.

O protocolo de nutrição para atendimento dessa população envolve os períodos: pré-operatório, intra-hospitalar e pós-operatório.

Segundo Cronin e Mac Donough (1987), o intuito do aconselhamento nutricional no período pré-operatório é o aumento do potencial de sucesso no pós-operatório; e objetiva promover perda de peso inicial, reforçar a percepção do paciente de que a perda de peso é possível quando o balanço energético se torna negativo, identificar erros e transtornos alimentares, promover expectati-

vas reais de perda de peso, preparar o paciente para a alimentação no pós-operatório e verificar o potencial do paciente para o sucesso da cirurgia.

Shikora (2000) afirma que um bom entendimento das mudanças da capacidade e função gástrica e das restrições dietéticas é decisivo para um ótimo resultado após a cirurgia. O plano de introdução gradual de alimentos deve ser apresentado com recursos que garantam a compreensão do paciente sobre a capacidade gástrica no pós-operatório, sobre desconfortos fisiológicos potenciais e conseqüências que podem ser experimentadas se o protocolo não for seguido. A responsabilidade do indivíduo no autocuidado é enfatizada durante esta fase.

Cronin e Mac Donough (1987) “ressaltam a importância do trabalho em equipe para relatar o progresso de cada paciente a todos os membros, de forma que somente pacientes que tenham resultado satisfatório sejam liberados para cirurgia”.

Alguns autores tradicionalmente recomendam a prescrição de alimentação de consistência líquida restrita, evoluindo para líquida completa até a alta hospitalar, após a realização da cirurgia. A etapa seguinte envolve a introdução de alimentos pastosos para evitar distensão gástrica, ocorrendo à evolução para alimentação sólida somente após 12 semanas da realização da cirurgia, enfatizando-se a mastigação suficiente para os alimentos até que esses atinjam a consistência pastosa, para só então degluti-los. Martin e Colaboradores (1991) “recomendam a manutenção de dieta líquida por seis semanas antes do início do processo de transição para dieta de maior consistência”, enquanto Cronin e Mac Donough (1987) “enfatizam a necessidade de manutenção de dieta pastosa durante dois meses”.

A literatura sobre o assunto demonstra uma grande incidência de complicações no pós-operatório como náuseas, vômitos, síndrome de Dumping, diarreia, constipação, obstrução gástrica, ruptura da linha de grampeamento e deficiência de alguns micronutrientes específicos, tais como: ácido fólico, ferro e vitamina B12, a qual justifica, mais uma vez, a necessidade de intervenção nutricional adequada.

Portanto o objetivo desse trabalho foi analisar a qualidade de vida de pacientes

submetidos a Gastroplastia Redutora a Fobi-Capella.

Figura 1 - Gastroplastia vertical com bandagem (Mason).

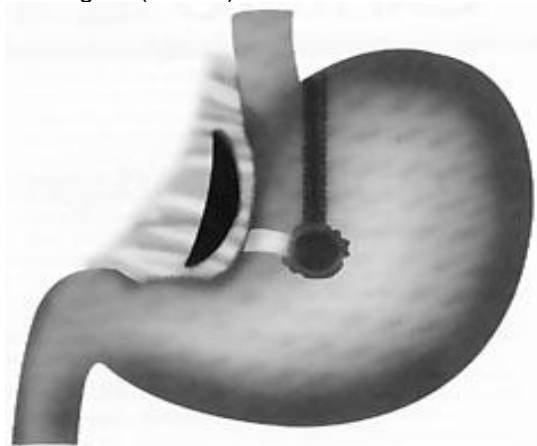


Figura 2 - Derivação gástrica em Y-de-Roux com anel (Fobi-Capella).



MATERIAL E MÉTODOS

Foram coletados dados no Biocor Instituto, de pacientes com idade entre 18 e 60 anos, submetidos à gastroplastia redutora pela técnica de FOBI – Capella nos últimos quatro anos.

Estes dados foram tabulados através de um questionário aplicado por alunos do curso de especialização em Cirurgia Geral pelo Biocor Instituto e pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Os pacientes responderam a um questionário da Organização Mundial de Saúde que avalia Qualidade de Vida (WHOQOL BREF), previamente adaptado, em um único momento, sendo avaliada a qualidade de vida antes e após o ato operatório.

O questionário da WHOQOL consta de questões que foram adaptadas e assim duplicadas, sendo a primeira questão referente ao período pré-operatório e a mesma questão, porém com referência ao pós-operatório, abrangendo aspectos psicológicos, relações sociais e uso de medicamentos.

RESULTADOS

Analisando os dados foi encontrada melhora na qualidade em todos os domínios avaliados. Foram incluídos 11 homens e 25 mulheres com média de idade de 38,88 anos.

No Domínio Psicológico foram analisados a qualidade de vida, sentido da vida e satisfação com a aparência.

Qualidade de vida

22,22% dos pacientes consideraram que tiveram uma mudança brusca na qualidade de vida, passando de muito ruim para muito boa. 5,5% acharam que já tinham uma boa qualidade de vida antes da operação e 2,77% continuaram julgando como ruim sua qualidade de vida, mesmo no pós-operatório.

Sentido da Vida

16,66% dos entrevistados não consideraram que a cirurgia tenha mudado o sentido de suas vidas, para 11,11% que já consideravam que a vida possuía bastante sentido, a cirurgia o tornou extremo. Já 13,88% também passaram a ver um sentido extremo, porém quando obesos enxergavam muito pouco sentido na vida.

Satisfação com a aparência

5,5% dos pacientes não tiveram modificação na aceitação da aparência. 13,88% que estavam mais ou menos satisfeitos com suas aparências, passaram a se considerar bastante satisfeitos e 27,77% tiveram uma mudança brusca na aceitação da aparência após a realização da cirurgia. Estes que diziam não aceitar a própria aparência, passaram a aceitá-la bastante ou até mesmo extremamente.

Gráfico 1 - Mostrando a mudança na qualidade de vida dos pacientes no período pré e pós-operatório.

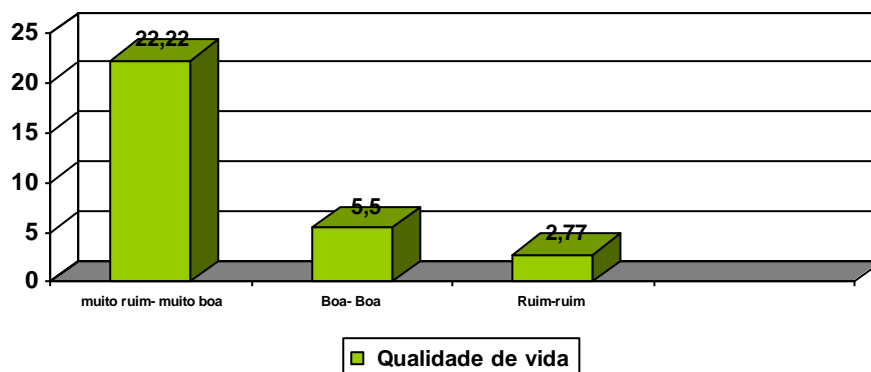


Gráfico 2 - Mostrando a mudança no sentido da vida dos pacientes no período pré e pós-operatório.

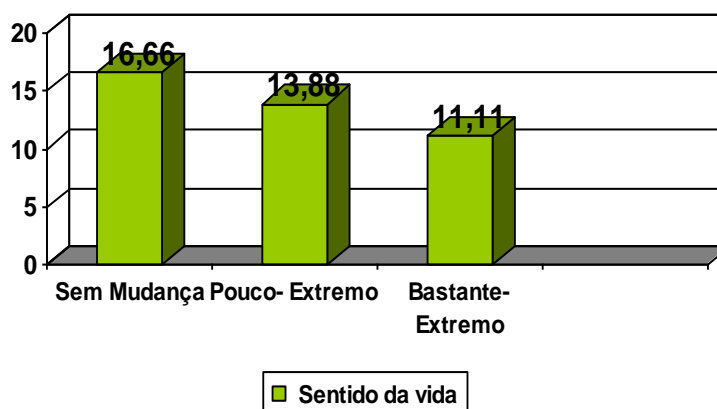
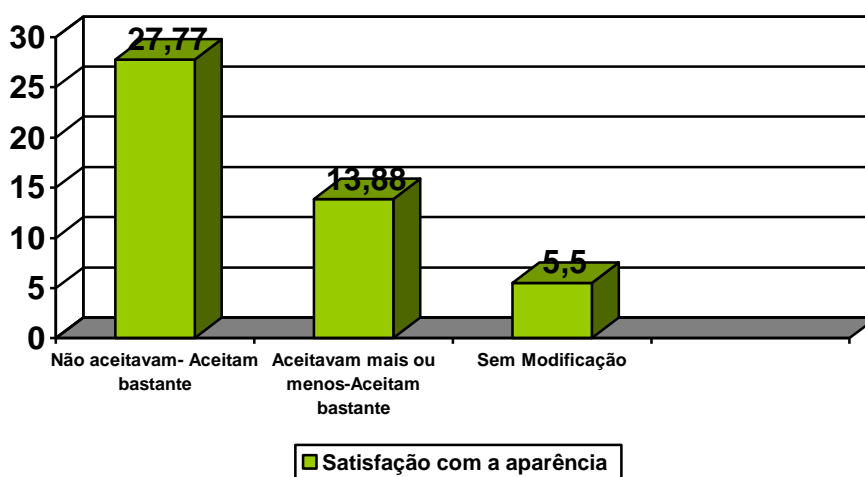


Gráfico 3 - Mostrando a aceitação da aparência pelos pacientes no período pré e pós-operatório.



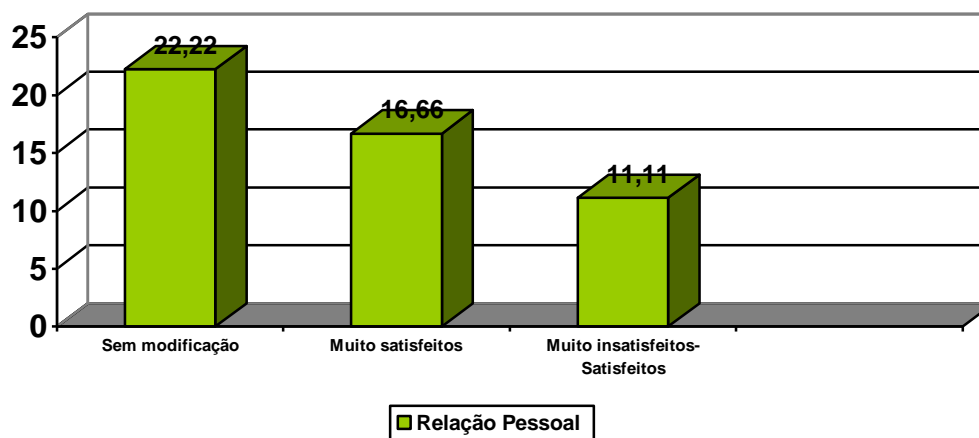
No domínio Relações Sociais foi analisada a relação pessoal com amigos, parentes, conhecidos e colegas.

22,22% não consideraram que a cirurgia tenha mudado algo nas suas relações sociais, 16,66% somente passaram a se considerar muito satisfeitos com estas

relações após o procedimento cirúrgico e 11,11% foram mais além, estavam muito insatisfeitos e passaram a ser satisfeitos ou

até mesmo muito satisfeitos em suas relações com parentes, amigos, etc. devido à cirurgia.

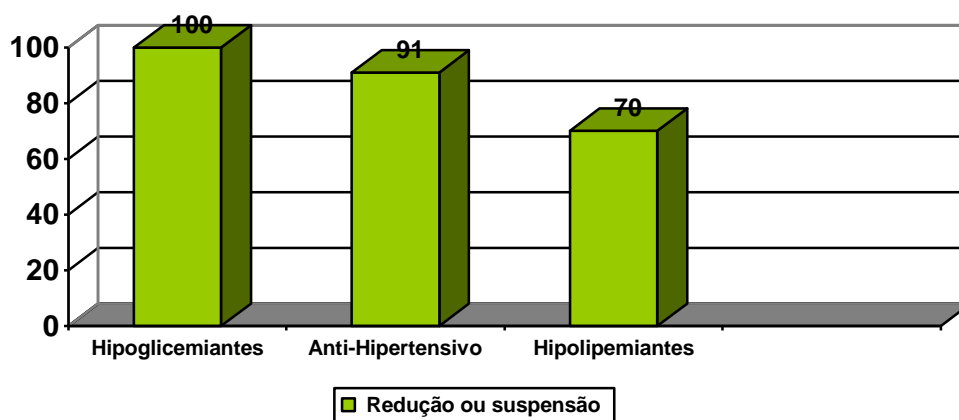
Gráfico 4 - Mostrando a mudança nas relações sociais dos pacientes no período pré e pós-operatório.



Em relação ao uso de medicamentos, nas drogas anti- hipertensivas, ocorreu uma redução ou retirada dos medicamentos de 91% dos pacientes que as utilizavam, sendo 64,7% do total dos pacientes investigados. As drogas hipoglicemiantes foram totalmente suspensas pelos pacientes, sendo 100% dos pacientes que as utilizavam e 14% dos

pacientes estudados, porém não houve significância estatística. As drogas hipolipemiantes também apresentaram redução ou suspensão em 70% dos pacientes que a utilizavam e 20,58% dos pacientes estudados, mas também sem significância estatística.

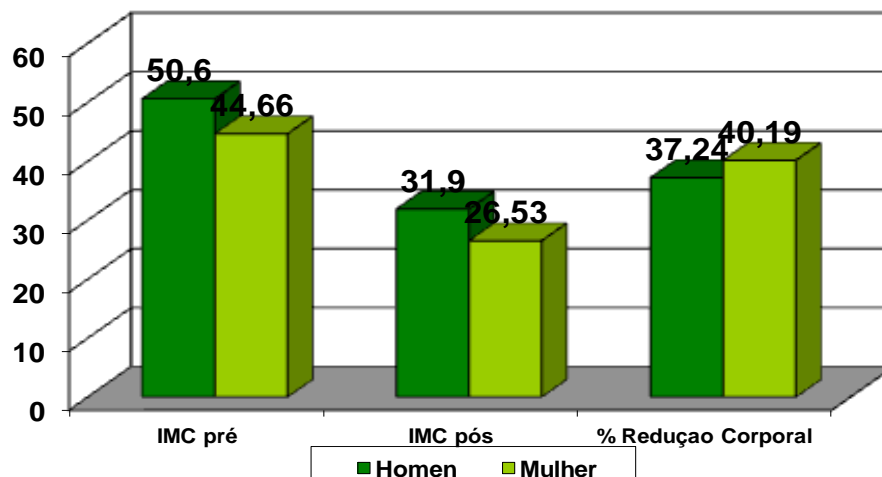
Gráfico 5 - Mostrando a % de redução ou suspensão dos medicamentos dos pacientes no período pós-operatório.



O IMC médio masculino anterior foi de 50,60 Kg/m² e o posterior 31,90 Kg/m², com uma redução percentual do peso corporal média de 37,24.

O IMC médio feminino anterior foi de 44,66 Kg/m² e o posterior 26,53 Kg/m², com uma redução percentual do peso corporal média de 40,19.

Gráfico 6 - Mostrando o IMC no período pré e pós-operatório no homem e na mulher correlacionado com a porcentagem de redução corporal.



DISCUSSÃO

Medidas para avaliar a qualidade de vida de indivíduos obesos têm sido desenvolvidas com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde em suas decisões clínicas.

Alguns autores encontraram limitação da qualidade de vida de indivíduos obesos quando comparados aos indivíduos não obesos. Prim e Colaboradores (2005), ao avaliarem, por meio do questionário Gastrointestinal *Quality of Life Index*, 190 indivíduos com graus variados de obesidade, encontraram uma pior qualidade de vida dos indivíduos obesos quando comparados a um grupo controle de indivíduos não obesos.

Comparar desfechos de qualidade de vida com a literatura é uma tarefa complexa, uma vez que, em outros estudos, são utilizados diferentes instrumentos e escalas de medida para avaliação deste construto em indivíduos obesos. Há na literatura, poucos estudos que avaliam de forma longitudinal a qualidade de vida após redução do peso.

Considerando a complexidade e as graves consequências da obesidade, os resultados alcançados com a aplicação do questionário, demonstram a necessidade de uma abordagem interdisciplinar dos indivíduos obesos no pré e pós-operatório de gastroplastia redutora, uma vez que todos os indivíduos operados deveriam ser submetidos a acompanhamento fisioterapêutico, médico, psicológico e nutricional com o objetivo de

melhorar a qualidade da assistência à saúde e assim, restaurar, o quanto antes a qualidade de vida desses indivíduos, que deve ser a meta mais importante a ser atingida por todas as intervenções terapêuticas as quais os mesmos são submetidos.

CONCLUSÃO

A Gastroplastia Redutora a Fobi - Capella trouxe uma melhora na qualidade de vida dos pacientes em todos os domínios avaliados.

Houve uma redução significativa do uso de medicamentos anti - hipertensivos. Assim como uma importante redução no uso de medicações hipolipemiantes condizendo com os dados da literatura, e medicações hipoglicemiantes, porém sem significância estatística possivelmente pelo baixo n avaliado.

Apesar de não ter sido avaliado risco cardiovascular, podemos inferir uma melhora do risco dos pacientes operados já que percentual de redução do peso corporal médio foi de 39,24; e dados na literatura, evidenciam redução no risco cardiovascular com uma redução do peso corporal superior a 10%.

REFERÊNCIAS

- 1- Björntorp, P. Definition and classification of obesity. In: Fairbairn & Brownell (eds) Eating disorders and obesity. 2ª edição, New York, p. 377-81, 2003.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

2- Cronin, B.S.; Mac Donough, A.B. Nutrition management of morbid obesity in conjunction with surgical intervention. Top clin nutr. World Health Organization. World Health Organization. Vol. 2. Núm.2. p.59-68. 1987.

3- Martin, L.F.; e Colaboradores. Preoperative Insurance Status Influences Postoperative Complication Rates for Gastric Bypass. Am J Surg. Vol. 161. Núm. 6. p.625-43. 1991.

4- Prim, I.P.; Macias, G.J.; Fraga, M.C.; Lopez, C.B. Quality of life in morbid obesity. Rev Esp Enferm Dig. Vol. 97. Núm. 3. p.187-195. 2005.

5- Shikora, S.A. Surgical treatment for severe obesity: the state-of-the-art for the new millennium. Nutr Clin Pract. Vol. 15. Núm. 1. p.13-22. 2000.

Recebido para publicação em 10/02/2010

Aceito em 24/04/2010