

Evento de conscientização sobre cirurgia bariátrica para pacientes: um relato de experiência em grande centro de cirurgia digestiva

Awareness event about bariatric surgery for patients: an experience report in a large digestive surgery center

Isabela Franco Freire¹, Natan Rolim de Assunção Bisio¹, Marcos Túlio Monteiro Tavares², João Luiz Bezerra de Menezes Saraiva², Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega³, Paulo Marcos Lopes³

1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

3 – Staff do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)

Artigo submetido em: 19/03/2024

Artigo aceito em: 06/05/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A obesidade, um problema de saúde global, é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, com influência etiológica multifatorial. Com estágios progressivos, pode levar a várias comorbidades, exigindo intervenções multidisciplinares, incluindo mudanças no estilo de vida, tratamentos medicamentosos e cirurgia bariátrica em casos graves. Doenças de grande prevalência na população geral têm forte associação com a obesidade, comorbidades que a cirurgia bariátrica busca remitir após sua realização. Podemos destacar algumas comorbidades de maior incidência, como a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, dislipidemia e esteatose hepática. A abordagem multidisciplinar pré-operatória é fundamental para reduzir riscos cirúrgicos e melhorar os resultados. Um grande centro de cirurgia digestiva, visou a realização de um programa destinado a pacientes com desejo de serem submetidos a uma cirurgia bariátrica. O programa, conduzido por equipe multiprofissional, forneceu orientações abrangentes sobre obesidade, tratamento e critérios de inclusão. Realizada triagem baseada no IMC e comorbidades direcionou pacientes para avaliação e intervenções, destacando a abordagem multidisciplinar. Dada a forte associação de comorbidades na população obesa, a cirurgia bariátrica entra como uma opção de tratamento que visa não só a redução de peso sustentada, mas também a resolução de comorbidades a longo prazo.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Obesity, a global health issue, is characterized by excess body fat, with multifactorial etiological influence. With progressive stages, it can lead to various comorbidities, requiring multidisciplinary interventions, including lifestyle changes, medication treatments, and bariatric surgery in severe cases. Diseases with high prevalence in the general population are strongly associated with obesity, comorbidities that bariatric surgery aims to resolve after its completion. We can highlight some comorbidities with higher incidence, such as Type 2 Diabetes Mellitus (DM2), cardiovascular diseases, dyslipidemia, and hepatic steatosis. Preoperative multidisciplinary approach is crucial to reduce surgical risks and improve outcomes. A major digestive surgery center aimed to implement a program targeting patients desiring bariatric surgery. The program, led by a multiprofessional team, provided comprehensive guidance on obesity, treatment, and inclusion criteria. Screening based on BMI and comorbidities directed patients for evaluation and interventions, highlighting the multidisciplinary approach. Given the strong association of comorbidities in the obese population, bariatric surgery emerges as a treatment option aimed not only at sustained weight reduction but also at the long-term resolution of comorbidities.

Keywords: bariatric surgery.



INTRODUÇÃO

A obesidade configura, atualmente, um problema de saúde pública na maior parte do mundo. Ela consiste, em termos objetivos, em uma acumulação em excesso de massa gordurosa na composição corporal do paciente, com influência multifatorial. O mecanismo utilizado para verificar esse acometimento é o Índice de Massa Corporal (IMC), medido em kg/m^2 . O IMC configura um ótimo método populacional de rastreio do sobrepeso e da obesidade, bem como serve para classificar o doente em tipos de obesidade conforme o aumento do índice. Deve-se, entretanto, estar ciente das limitações deste cálculo, que exclui pacientes com muita massa muscular (como atletas, por exemplo).^{1,2,3}

Dessa forma, um paciente que tem $\text{IMC} > 25\text{kg}/\text{m}^2$ enquadra-se na categoria “Sobrepeso”, não sendo, ainda, obeso. Esse estágio permite a intervenção conjunta da equipe multidisciplinar para evitar a progressão para estágios de obesidade estabelecida. Isso não impede, porém, que o paciente tenha consequências cardiometabólicas da presença do excesso de tecido adiposo. Os estágios posteriores configuram-se acima do $\text{IMC} > 30\text{ kg}/\text{m}^2$, em que se encontra a obesidade tipo 1. A obesidade tipo 2 está nos pacientes com $\text{IMC} > 35\text{ kg}/\text{m}^2$, e a tipo 3 com $\text{IMC} > 40\text{ kg}/\text{m}^2$. Essa última também é chamada de obesidade mórbida, apesar de esta nomenclatura guardar um tom estigmatizante.²

| IMC | Classificação |
|--------------------------|---------------------|
| 18 - 24,9 | Normal |
| 25 - 29,9 | Sobrepeso |
| 30 - 34,9 | Obesidade tipo 1 |
| 35 - 39,9 | Obesidade tipo 2 |
| ≥ 40 | Obesidade tipo 3 ou |
| 15 pg/dL | Obesidade Mórbida |

A doença guarda forte associação com comorbidades como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), esteatose hepática, doenças cardiovasculares, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidentes vasculares encefálicos, osteoartrite, doenças biliares, apneia obstrutiva do sono e doenças respiratórias. Essa ampla gama de doenças têm amplificação ou causa quando estabelecidas

no contexto da obesidade, ressaltando o potencial de dano orgânico que culmina em maiores taxas de morbimortalidade geral em obesos.^{2,3}

Para o tratamento dessa enfermidade, foram empregados diversos métodos comportamentais, medicamentosos e cirúrgicos. A mudança do estilo de vida é considerada essencial, qualquer que seja a outra terapia empregada em conjunto. A adição de exercícios físicos, a reeducação alimentar e as intervenções psicoterapêuticas auxiliam no complexo processo de perda de peso. O tratamento medicamentoso, embora promissor e útil para alguns pacientes, ainda não oferece perda de peso sustentada a longo prazo como ocorre no tratamento cirúrgico. Para enquadramento no tratamento cirúrgico, importa ressaltar que estão inclusos aqueles pacientes com obesidade tipo 2 que têm pelo menos duas das doenças associadas antes mencionadas, ou os pacientes com obesidade tipo 3 em qualquer caso. Importa ressaltar as limitações cirúrgicas inerentes a qualquer procedimento: um paciente demasiadamente obeso sofre riscos peri e intraoperatórios que podem contraindicar o tratamento.^{2,3,4}

Assim, antes de ser encaminhado para a equipe cirúrgica, é requerido que o paciente entenda o compromisso que a cirurgia bariátrica exige, qualquer que seja a técnica cirúrgica empregada. Os pacientes com IMC muito elevado (ou super-obesos, nomenclatura usual porém altamente estigmatizante) necessitam de dietas de déficit calórico previamente à cirurgia, de modo a diminuir o risco cirúrgico. Um estudo conduzido por Tabesh et al mostra que a literatura indicou, a partir de uma dieta deficitária pré operatória: aumento de perda de peso tanto antes quanto após o procedimento; diminuição do IMC antes da cirurgia; diminuição do tamanho do fígado e do conteúdo gorduroso intrahepático; diminuição do tecido adiposo visceral e da profundidade da cavidade abdominal; menores desafios para a equipe cirúrgica, que culminou em menos conversões para cirurgia aberta, tempo de cirurgia, perda de sangue, complicações, tempo de hospitalização e úlceras ou fístulas. De modo geral, a perda de peso adequadamente conduzida no pré operatório leva a melhora global da composição corporal e das comorbidades clínico-cirúrgicas associadas à obesidade.⁴

Atualmente, a abordagem cirúrgica é o único meio que leva à perda de peso sustentada ao longo de anos. Múltiplos estudos demonstraram um follow-up positivo em relação à perda de peso aos 5, 10 e 20 anos de pós-operatório. Em média, a perda é de 60% do peso excedente, a depender da técnica empregada. Além disso, as doenças relacionadas à obesidade previamente citadas demonstram redução ou remissão total após a cirurgia bariátrica.²

No Ceará, um grande centro de cirurgia digestiva atua como relevante instituição que promove eventos para pacientes interessados em realizar a cirurgia bariátrica. Atualmente, é o hospital que mais realiza cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O evento ocorreu na cidade de Fortaleza, Ceará e foi realizado no auditório de um hospital de referência da cidade, na sexta-feira, dia 26 de janeiro de 2024, tendo como intuito o ingresso de pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica. Os convites foram emitidos para os pacientes que manifestaram desejo de fazer parte do programa durante os ambulatórios da cirurgia geral, e tiveram seus nomes incluídos em uma lista. O acesso aos ambulatórios se dava pela central de regulação da rede de atenção primária, para os pacientes que expressaram o desejo de realizar a cirurgia.

Durante o decorrer do evento, os participantes receberam instruções de uma equipe multiprofissional, composta por 4 cirurgiões, 1 anestesista, 1 cirurgião buco-maxilo-facial, 2 psicólogas, 2 nutricionistas, 1 fonoaudióloga, 2 fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 cardiologista e 1 enfermeira. As instruções repassadas abordaram: o que é obesidade, quais são as opções de tratamento, quais as indicações, os riscos e as complicações e como é realizada a cirurgia. Após o repasse das orientações, houve o encaminhamento à triagem, para definir se poderiam realizar o agendamento da consulta com o médico cirurgião para dar seguimento ao processo.

A equipe multidisciplinar atuava de maneira conjunta, visando fornecer o melhor preparo do paciente para o processo cirúrgico e pós-operatório, sendo realizada a avaliação da arcada dentária para adequação cirúrgica, o condicionamento para a cirurgia e para a

reabilitação, e os ajustes na mastigação pela equipe de odontologia, fisioterapia e fonoaudiologia, respectivamente. Os pacientes foram avaliados, ainda, pela assistência social, que explorava as questões socioeconômicas necessárias para a sustentação de uma alimentação balanceada e para a suplementação de vitaminas, conforme os planos alimentares realizados pela equipe de nutrição. A enfermagem era responsável pelo seguimento do paciente, coordenando e checando a realização de exames e a presença nas consultas, encaminhando à equipe médica quando o paciente estava adequado aos planos traçados. Por fim, a equipe de psicologia era responsável por orientar os pacientes, em uma abordagem em grupo, sobre a relação da alimentação com transtornos de ansiedade e de humor. As orientações eram passadas em 3 etapas diferentes nas quais, uma delas, era realizada mediante a presença de familiares para se estimar o nível de suporte familiar.

Durante a triagem, os pacientes foram pesados e medidos, com o intuito de calcular o índice de massa corpórea (IMC), utilizado como critério para definir o destino do paciente. Para ser encaminhado aos cirurgiões, o participante deveria estar incluso em 3 das seguintes categorias: IMC maior que 40 e menor que 50, IMC maior que 35 com presença de comorbidade ou IMC maior que 30 com Diabetes Mellitus de difícil controle. Dentre as comorbidades, as inclusas eram: Diabetes tipo 2, apneia do sono, disfunção erétil, infertilidade (masculina e feminina), incontinência urinária de esforço na mulher, estigmatização social e depressão, hipertensão arterial, colecistopatia calculosa, veias varicosas e/ou doença hemorroidária, osteoartrites, síndrome dos ovários policísticos, esteatose hepática, hipertensão intracraniana idiopática, hérnias discais, dislipidemia, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, doenças cardiovasculares, asma grave não controlada e pancreatites agudas de repetição.

Pacientes que apresentaram o IMC maior que 50 foram dirigidos para a avaliação da equipe multidisciplinar, onde receberam um plano alimentar e nutricional, com orientações de restrição alimentar e dieta hipocalórica individualizada, além de orientação psicológica, para que percam peso através de dieta e exercício físico e, futuramente, receberão uma reavaliação para saber se já estão

aptos a realizar a cirurgia de acordo com os critérios já citados anteriormente. Caso o paciente não conseguisse baixar o IMC para valores menores que 50, ou se baixasse e voltasse a subir para níveis acima desse valor, o paciente era excluído do programa.

Além disso, os pacientes que se enquadraram nos critérios para a realização da cirurgia foram encaminhados ao ambulatório para a consulta com o cirurgião e a realização de exames que incluíam: hemograma, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, FA, Gama-GT, albumina, ferritina, ácido fólico, Vitamina D, zinco, vitamina B12, B-HCG e sorologias para hepatites e HIV. Eram solicitados, além dos exames laboratoriais: endoscopia digestiva alta, ultrassonografia de abdome, eco e eletrocardiograma, teste ergométrico e raio-x de tórax. Estes foram orientados a perder, idealmente, 10% do peso corporal, como forma de demonstração de interesse e de engajamento no processo. Os pacientes que chegam à cirurgia são os que demonstraram, desde o primeiro encontro, a determinação para superar as metas pré-estabelecidas. Cerca de 10% dos pacientes desistem durante o processo.

O presente trabalho trata-se, então, de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência, sobre a ação ocorrida no mês de janeiro a respeito do ingresso de pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica do hospital.

DISCUSSÃO

Conforme supracitado, a obesidade é fortemente associada a comorbidades, com 76.3% dos pacientes apresentando doença hepática gordurosa não alcoólica num estudo transversal de 139 pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica, nesse contexto, dada a alta prevalência de comorbidades na população obesa, a bariátrica se apresenta como uma opção efetiva tanto para a perda de peso sustentada quanto para a melhora de comorbidades a longo prazo.⁶ Ademais, o emprego de dietas anteriores à cirurgia pode melhorar o manejo intraoperatório do paciente que será submetido, refletido por alterações de IMC e até exames laboratoriais e, por consequência, reduzir a morbimortalidade perioperatória. Dentre as dietas, a com melhor resultados nesses pacientes foi

a dieta cetogênica de muito baixa caloria.⁷ Desse modo, fica clara a importância do manejo nutricional adjunto à terapia médica, com a dieta hipocalórica mediante avaliação individualizada de nutricionista no programa. Ademais, a fração estimada de 10% de pacientes excluídos do programa de cirurgia bariátrica é atribuída largamente à má adesão ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar, não adotando as práticas mastigatórias, dietéticas e físicas propostos previamente.

Na triagem de pacientes feita conforme o relato, os pacientes com IMC maior que 50 foram encaminhados diretamente à perda de peso, recomendando a perda de 10% do peso corporal isso se deve ao fato da intervenção cirúrgica ser mais difícil pela grande quantidade de gordura visceral nesses pacientes, além da maior chance de múltiplas comorbidades estarem presentes, numa pesquisa feita com 789 cirurgiões de 73 países em 2021, 55.34% dos profissionais recomendam a perda de peso antes da cirurgia para seus pacientes de IMC >50kg/m² e apenas 42.6% a perda de peso de pelo menos de 10%. Assim, mostra-se como um tópico divisivo dentre os profissionais, no entanto, a maior parte (89.9%) concorda que cirurgias nesse perfil de paciente devem ser realizadas apenas por cirurgiões experientes.⁵ Porém, a presença de dados definidores de conduta de qualidade a respeito do manejo pré-operatório é escassa, no entanto, é importante salientar essa correlação positiva dos pacientes com IMC alto e mortalidade perioperatória, assim, a perda de peso anterior à cirurgia nestes pacientes é uma estratégia que pode reduzir a mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Pepe RB, Lottenberg AM, Fujiwara CTH, et al. Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). *Diabetol Metab Syndr.* 2023;15(1):124.
2. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2022;18(12):1345-1356.

3. Mayoral LP, Andrade GM, Mayoral EP, et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res.* 2020;151(1):11-21.
4. Tabesh MR, Eghtesadi M, Abolhasani M, Maleklou F, Ejtehadi F, Alizadeh Z. Nutrition, Physical Activity, and Prescription of Supplements in Pre- and Post-bariatric Surgery Patients: An Updated Comprehensive Practical Guideline. *Obes Surg.* 2023;33(8):2557-2572.
5. Kermansaravi M, Lainas P, Shahmiri SS, et al. The first survey addressing patients with BMI over 50: a survey of 789 bariatric surgeons. *Surg Endosc.* 2022;36(8):6170-6180.
6. Schwenger KJP, Fischer SE, Jackson TD, Okrainec A, Allard JP. Non-alcoholic Fatty Liver Disease in Morbidly Obese Individuals Undergoing Bariatric Surgery: Prevalence and Effect of the Pre-Bariatric Very Low Calorie Diet. *Obes Surg.* 2018;28(4):1109-1116.
7. Erdem NZ, Ozelgun D, Taskin HE, Avsar FM. Comparison of a pre-bariatric surgery very low-calorie ketogenic diet and the Mediterranean diet effects on weight loss, metabolic parameters, and liver size reduction. *Sci Rep.* 2022;12(1):20686.

*** Autor correspondente:**

Isabela Franco Freire

Email:

isabelafrancofreire@edu.unifor.br