

M E D I C I N A

M&P

& P E S Q U I S A

VOL. 5 - ANO 2 - Nº 2
MAIO/AGOSTO 2016

**Guia Informativo sobre Obesidade e
Obesidade Mórbida - parte II**

Virgínia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho

Alex de Oliveira Almeida

Romulo de Brito Guimarães

Organizadores

M E D I C I N A
M&P
& P E S Q U I S A

VOL. 5 - ANO 2 - Nº 2 - MAIO/AGOSTO 2016

Organizadores

Virgínia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho
Alex de Oliveira Almeida

EXPEDIENTE

EDITORES

Dr. Cláudio Sérgio Medeiros Paiva
Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

CONSELHO EDITORIAL

Dra. Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade
Dr. André Telis de Vilela Araújo
Dra. Ângela de Siqueira Figueiredo
Dra. Cidália de Lourdes de Moura Santos
Dra. Cristianne da Silva Alexandre
Dr. Constantino Giovanni Braga Cartaxo
Dra. Eutília Medeiros Freire
Dra Isabel Barroso Augusto Formiga
Dra Joria Viana Guerreiro
Dr. José Eymard de Moraes de Medeiros Filho
Dr. José Gomes Batista
Dra Juliana Sampaio
Dra. Leina Yukari Etto
Dr. Maurus Marques de Almeida Holanda
Dra Mônica Souza de Miranda Henriques
Dra. Rilva Lopes de Sousa-Muñoz
Dra. Rosália Gouveia Filizola
Dr. Severino Ayres de Araújo Neto
Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos

CONSELHO CONSULTIVO

Dra. Ana Maria Revorêdo da Silva Ventura
Instituto Evandro Chagas - Pará
Dra. Carla Helena Augustin Schwanke
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil
Dr. Celmo Celeno Porto
Universidade Federal de Goiás
Dr. Clécio de Oliveira Godeiro Júnior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dr. Edmundo Chada Baracat
Universidade de São Paulo
Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfa
Universidade de São Paulo
Dr. Emerson Leandro Gasparetto
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Dra. Emília Inoue Sato
Universidade Federal de São Paulo
Dr. Emilio Carlos Elias Baracat
Universidade Estadual de Campinas
Dr. Eymard Mourão Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba
Dr. João Modesto Filho
Universidade Federal da Paraíba
Dr. José Maria Soares Júnior
Universidade Federal de São Paulo
Dra. Lúcia da Conceição Andrade
Universidade de São Paulo
Dra. Maria José Pereira Vilar
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dra. Melania Maria Ramos de Amorim
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - Pernambuco

EQUIPE TÉCNICA

Alexandro Carlos de Borges Souza

SUMÁRIO

EDITORIAL	7
ARTIGOS	
Tratamento Medicamentoso da Obesidade	11
Abordagens Psicoterápicas na Obesidade	27
Equipe Coadjuvante no Tratamento da Obesidade	45
Tratamento Cirúrgico da Obesidade	69
Equipe Transdisciplinar na Cirurgia Bariátrica	95
Acesso Público e Privado à Gastroplastia	115
Informações Relevantes em Cirurgia da Obesidade	141

Editorial

A obesidade é uma das grandes questões de saúde pública no contexto das sociedades rurais e, principalmente, as urbanas ocidentais. Constitui uma patologia de grande repercussão socio-sanitária, econômica, física, psíquica e cultural, a qual gera grande segregação e estigmas sociais. É preciso reforçar a importância do conhecimento sobre a obesidade em suas diversas perspectivas, já que se trata de uma condição de grande morbidade, com alarmante aumento na prevalência e incidência nos últimos anos.

Dando continuidade aos temas apresentados anteriormente na RM&P, o primeiro artigo “Tratamento medicamentoso da obesidade” aborda os principais fármacos utilizados na terapêutica da obesidade, enfatizando a discussão dos mecanismos de ação, indicações, contraindicações e reações adversas. Nessa perspectiva, as drogas são classificadas em: substâncias aprovadas para uso, constituindo a terapia principal; as que se encontram em ensaios clínicos, com perspectiva de uso futuro; e aquelas sem evidências científicas de resultado.

O segundo artigo, “Abordagens psicoterápicas na obesidade”, versa sobre a relação entre saúde mental, transtornos mentais e obesidade. A partir de uma avaliação psíquica minuciosa, psicólogo ou psiquiatra e paciente decidirão em conjunto a melhor abordagem psicoterápica a ser adotada. A terapia cognitivo-comportamental e a atenção plena foram abordadas com maior ênfase, por terem sido evidenciadas como as melhores opções terapêuticas.

“Equipe coadjuvante no tratamento da obesidade”, terceiro artigo, discute as demais estratégias terapêuticas e demonstra sua importância de maneira concomitante às demais técnicas. Destacando-se o planejamento adequado de uma rotina diária de exercícios por meio do educador físico; a abordagem fisioterapêutica nos distúrbios do sono; a reeducação alimentar com acompanhamento do nutricionista; a terapia ocupacional acompanhando o novo estilo de vida e a participação do cirurgião-dentista.

O quarto artigo, “Tratamento cirúrgico da obesidade”, apresenta o último recurso terapêutico, a intervenção cirúrgica, que visa a redução do peso, através de técnicas que restringem a capacidade volumétrica do estômago e/ou levam à disabsorção de nutrientes a nível intestinal. São demonstradas as técnicas aprovadas no Brasil,

destacando-se suas indicações, contraindicações, benefícios e complicações a curto, médio e longo prazo.

Por sua vez, “Equipe transdisciplinar na cirurgia bariátrica”, o quinto artigo, discute a natureza multifatorial da obesidade, denotando a importância de os pacientes obesos serem assistidos por uma equipe multiprofissional, composta por médicos (endocrinologista, cirurgião bariátrico, cirurgião plástico e psiquiatra), psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Fortalecendo a relação profissional-paciente e consequentemente, mantendo o êxito do tratamento.

O sexto artigo, “Acesso público e privado à gastroplastia”, aborda os aspectos relacionados ao direito de acesso aos serviços de saúde e às formas que os pacientes possuem para se submeter ao tratamento cirúrgico. Haja vista que estes indivíduos podem dispor de três possibilidades de acesso: o setor público, através do Sistema Único de Saúde; setor privado, mediante seguros e planos de saúde; e por fim, recorrendo à esfera judicial, como meio efetivo de resguardar o direito constituinte fundamental a saúde.

Por último, “Informações relevantes em cirurgia da obesidade”, o sétimo artigo, se propõe a elucidar os principais questionamentos dos candidatos a gastroplastia. Entre as dúvidas mais frequentes, estão os cuidados a serem tomados nas fases pré, intra e pós-operatória, bem como a indicação da cirurgia bariátrica para as populações especiais, tais como: gestantes, idosos, imunodeficientes, crianças e adolescentes, pacientes com elevado risco cirúrgico e anestésico, além de incluir estratégias na construção de uma vida saudável.

O combate à obesidade e a obesidade mórbida, em última instância são responsabilidade do Estado, no que se refere à adoção de políticas públicas eficazes que fomentem a saúde do indivíduo. Da mesma forma é responsabilidade da sociedade civil no enfrentamento do problema, ao exigir cânones de beleza inacessíveis, principalmente através dos meios de comunicação. De modo análogo, é responsabilidade da família, o primeiro grupo de socialização, ao negligenciar a importância de uma alimentação saudável desde o nascimento, com o processo de amamentação e durante o desenvolvimento infantil.

Também é responsabilidade da escola combater à obesidade, através do ensino dos pressupostos teóricos de educação para a saúde e estímulo de hábitos saudáveis. Finalmente, é responsabilidade do indivíduo como ator principal de seu processo de autocuidado, quando este tem capacidade de discernir sobre a aquisição de um estilo de vida sano.

É relevante ainda esclarecer que o objetivo deste Guia é o de informar e contribuir com a sociedade e o indivíduo na assimi-

lação de mudanças salutogênicas, as quais possivelmente minimizem a epidemia da obesidade e da obesidade mórbida. Neste sentido, considera-se fundamental o surgimento de novas publicações para complementar as limitações e lacunas deixadas nessa produção acadêmica, como por exemplo, obesidade e processos oncológicos; obesidade e gravidez; obesidade e primeira infância; obesidade e envelhecimento; obesidade e nível socioeconômico; dentre outros.

Professora doutora Virgínia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho
Editora convidada

ALEX DE OLIVEIRA ALMEIDA¹

ROMULO DE BRITO GUIMARÃES²

DANILO MICAEL LUCENA E CARVALHO³

JOÃO MODESTO FILHO⁴

¹ Graduado em Farmácia e Discente do Curso de Medicina-UFPB

² Discente do Curso de Medicina-UFPB

³ Residente em Cirurgia Geral e Graduado em Medicina-UFCG

⁴ Orientador. Docente do Curso de Medicina-UFPB

8.1 Aspectos históricos do tratamento medicamentoso da obesidade

A busca por medicamentos para o tratamento da obesidade resultou na utilização de diversos fármacos ao longo do tempo, sendo a maioria retirada do mercado em virtude dos efeitos adversos associados. Entre as drogas historicamente importantes, destacam-se o uso de substâncias como os hormônios tireoidianos, o dinitrofenol, a fenilpropanolamina, as anfetaminas, o rimonabanto e seus derivados, a sibutramina e o orlistat.

Em meados do século XIX, observou-se que os hormônios tireoidianos quando usados em pacientes com função tireoidiana normal induziam a perda de peso por estimular o aumento da taxa metabólica do organismo. Entretanto, o uso dessas substâncias foi associado a arritmias cardíacas, o que resultou no seu abandono¹.

O dinitrofenol, introduzido no mercado em detrimento da acentuada perda de peso a ele associada, e que figurou como fármaco popular por certo tempo, foi interrompido após episódios de agranulocitose, dermatite, catarata e hipertermia fatal¹.

A busca pelo medicamento ideal para o tratamento da obesidade resultaria mais tarde na descoberta da fenilpropanolamina, substância com ação no sistema nervoso central (SNC), que ocasionava perda de peso através da inibição do apetite. A droga teve seu uso suspenso no ano de 2000 pela *Food and Drug Administration* (FDA) após relatos de casos de acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico associados à sua utilização¹.

Os diversos estudos relacionados à obesidade continuavam a serem realizados e uma variedade de substâncias foram testadas com a finalidade de emagrecimento. Drogas como as anfetaminas foram aprovadas pelos órgãos competentes e utilizadas por muito

tempo como fármacos de escolha para o tratamento da obesidade em nosso país, entretanto fatores como o excessivo número de prescrições e o uso desenfreado pela população foram cruciais para a suspensão da circulação dessa classe de drogas².

Outro fármaco de destaque na história do tratamento medicamentoso da obesidade foi o rimonabanto, medicação veiculada como “a grande droga no tratamento da obesidade”. O seu mecanismo de ação compreende o antagonismo seletivo do receptor canabinoide CB1 encontrado em nível central e periférico, resultando em diminuição do comportamento alimentar³.

Além da atuação na perda de peso, o rimonabanto contribuía para a melhora do perfil lipídico, dos níveis glicêmicos e da pressão arterial. Contudo, sua aprovação foi negada pela FDA em outubro de 2008 após associação com distúrbios psiquiátricos graves, como ansiedade, depressão e risco de suicídio¹.

O taranabanto veio logo em seguida dentre os fármacos com atuação inibitória nos receptores CB1, porém assim como o protótipo desse grupo, também foram observados distúrbios psiquiátricos associados à sua ingestão, mesmo em doses baixas. Consequentemente, os vários estudos e programas relacionados às drogas com atuação antagonista nesses receptores (otenabanto, surinabanto, ibipinabanto) foram abandonados¹.

Outros fármacos ainda tiveram sua utilização no tratamento da obesidade aprovados, com destaque especial para a sibutramina e o orlistat, drogas que permanecem sendo utilizadas em nosso meio e que remontam a discussões em relação à segurança do seu uso, principalmente a sibutramina, a qual tem sido alvo de inúmeras críticas.

Apesar de inúmeros insucessos na procura pelo medicamento ideal para o tratamento da obesidade, a história denota certo avanço científico na área, sendo que o principal problema não parece ser a busca por um medicamento que acarrete a perda significativa de peso, e sim, que essa substância não resulte em efeitos adversos que coloquem em risco a vida do paciente.

8.2 Tratamento medicamentoso da obesidade e sua relevância clínica

A obesidade é inicialmente abordada com medidas não-farmacológicas, que buscam a perda ponderal sem o auxílio de fármacos ou procedimentos cirúrgicos. Entretanto, em determinadas situações tais medidas não se mostram suficientes para o alcance dos objetivos estabelecidos, e nesse momento o uso de medicamentos passa a figurar como o próximo passo no tratamento.

Atualmente a indicação para a terapia farmacológica da obesidade em pacientes de ambos os sexos inclui o índice de massa corporal (IMC) \geq a 30 kg/m² ou IMC \geq a 25 kg/m², associado à comorbidade, e com insucesso em tratamento conservador prévio⁴⁻⁷.

As comorbidades incluem doenças como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, gota, osteoartrite e síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). Outro critério utilizado como indicação para o uso de medicamentos é o valor de circunferência abdominal \geq a 102 cm em homens e \geq a 88 cm em mulheres^{6,7}.

Os fármacos utilizados com finalidade emagrecedora não devem ser usados isoladamente, a despeito do tratamento não-farmacológico, e sim, em associação com este, portanto, as alterações alimentares, os exercícios físicos e as mudanças comportamentais constituem parte inerente e importante da terapêutica⁵.

O medicamento ideal para o tratamento da obesidade deve apresentar as seguintes características: redução do peso corporal e efeito benéfico sobre as alterações decorrentes do excesso de peso, efeitos colaterais que não se mostrem graves à saúde do paciente e que sejam toleráveis e transitórios, possuir mecanismo de ação conhecido, ter sua eficácia e segurança confirmadas pelo órgão competente, e apresentar custo razoável. Entretanto, nenhuma medicação exibe todas essas propriedades em conjunto⁴.

É importante salientar que apesar de o tratamento farmacológico apresentar resultados positivos para o paciente, uma vez que a diminuição do peso promove aumento da autoestima, melhora da qualidade de vida e diminuição do risco de complicações cardiovasculares e metabólicas, ao prescrever essas substâncias os efeitos indesejáveis a elas relacionados devem ser considerados, bem como as contraindicações ao uso, afim de garantir ao paciente segurança durante o tratamento³.

8.2.1 Medicamentos anorexígenos

Os fármacos anorexígenos ou moderadores do apetite são medicamentos à base de anfetamina, cuja finalidade é induzir a falta de apetite e com isso promover a redução do peso do indivíduo². Em outras palavras, é como se essas drogas enviassem ao cérebro uma mensagem informando que o organismo está saciado e consequentemente o cérebro transmitisse essa ideia ao corpo. Os representantes dessa classe de fármacos, que não é mais comercializada no Brasil, são: a anfepramona, o mazindol e o femproporex.

As substâncias desse grupo constituíram parte importante do arsenal de medicamentos utilizados no tratamento da obesidade em

nosso país, contudo, os relatos de respostas tóxicas graves e mortes associadas ao seu uso, além da comercialização desenfreada e irresponsável dessas substâncias foram fatores importantes que resultaram na sua retirada do comércio nacional².

Outro fator agravante surgiu com a observação de que o peso perdido com o uso desses fármacos anorexígenos era com frequência recuperado, entre um e três anos após o término do tratamento, além da associação a efeitos adversos graves a exemplo da dependência física e psíquica, insônia, arritmias, ansiedade, taquicardia, constipação, HAS e hipertensão pulmonar⁸.

8.2.2 Medicamentos sacietógenos

A sibutramina é um medicamento inibidor da recaptção da serotonina e noradrenalina, atuando em terminações nervosas do SNC. A redução na ingesta alimentar caracteriza o seu efeito anorexígeno e sacietógeno⁹. Além disso, a droga possui ação na termogênese ao atuar em adrenoceptores do tecido adiposo, como efeito somático na perda de peso^{1,3,10}.

Esse medicamento é amplamente prescrito no Brasil e está disponível no mercado nas doses de 10mg e 15mg, essa última trata-se da dose diária máxima conforme Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 25/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo a duração da terapia ampliada para 60 dias na prescrição médica. Após esse período o usuário necessitará de nova prescrição¹¹.

O fármaco compreende o grupo dos psicotrópicos anorexígenos, representados por uma tarja preta, os quais são vendidos mediante apresentação do receituário azul, com numeração determinada e controlada pelos órgãos de vigilância sanitária competentes¹¹.

A perda de peso com o uso da sibutramina é dose-dependente, e a droga não mantém o seu efeito após a parada da administração, de modo que, se o usuário não modificar seus hábitos alimentares e estilo de vida, os benefícios advindos do tratamento serão perdidos¹². Cabe ressaltar que os eventos adversos também são dose-dependentes, e compreendem insônia, irritação, náusea, xerostomia, tontura, taquicardia, ansiedade, agitação, cefaleia e dor gástrica¹⁰.

Os benefícios e riscos associados ao uso da sibutramina sofrem influência de fatores como: dose, tolerância e tempo de uso do fármaco, associação ou não de um tratamento não-farmacológico, idade, histórico do paciente em distúrbios psiquiátricos, cardiovasculares, metabólicos e uso de drogas lícitas e/ou ilícitas¹³.

Diversos foram os estudos que avaliaram a eficácia da sibutramina e os seus efeitos adversos. Segundo Foster et al, em estudo com-

parativo entre o uso isolado da sibutramina e o seu uso associado à modificação do estilo de vida (reeducação alimentar e exercício físico), pode-se constatar que a sibutramina, quando utilizada em associação às medidas não-farmacológicas, propicia uma maior perda de peso, bem como um melhor resultado na manutenção do peso perdido¹⁰.

As discussões atuais a respeito dos efeitos indesejados da sibutramina se fundamentam nos resultados do estudo clínico *Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial* (SCOUT), que envolveu aproximadamente 10 mil pacientes obesos com doença cardiovascular preexistente, diabetes mellitus tipo 2, ou ambas as patologias e que faziam uso da sibutramina, sendo a duração do referido estudo de seis anos⁴.

O SCOUT demonstrou que, em relação ao placebo, a sibutramina promoveu controle da obesidade em apenas 2,5% dos pacientes que participaram do estudo e aumentou significativamente os efeitos colaterais graves em 16% dos casos, estes últimos ocasionados particularmente devido à ação simpaticomimética da sibutramina a nível cardiovascular, podendo ocasionar HAS, taquicardia, infarto agudo do miocárdio (IAM) e AVE, demonstrando assim um risco-benefício desfavorável⁴.

Apesar de toda a polêmica associada ao uso da sibutramina, principalmente após a exposição dos resultados do estudo SCOUT, há médicos que defendem o uso da droga desde que em pacientes não portadores de comorbidade, uma vez que o estudo não contemplou essa população, e não há até o momento estudo controlado com poder estatístico que revogue esse pressuposto¹⁴.

8.2.3 Medicamentos redutores da absorção de gorduras

O orlistat é a primeira droga antiobesidade sob prescrição médica que não atua no nível do SNC. O seu mecanismo de ação ocorre através da inibição da lipase pancreática, uma enzima produzida pelo pâncreas e liberada no trato gastrointestinal para a digestão dos lipídios em moléculas menores, de maneira a possibilitar sua absorção. Com a enzima inativada pela ação da droga, a absorção de triglicerídeos será diminuída, evento que acarretará na perda de peso⁸. Essa medicação ainda apresenta como efeito benéfico a melhora do perfil lipídico e de outros fatores de risco cardiovascular^{15,16}.

O orlistat é comercializado na dose de 120mg, sendo usado habitualmente três vezes ao dia, antes ou até uma hora após as principais refeições (café da manhã, almoço e jantar), não devendo ultrapassar a dose de 360mg diários, uma vez que os estudos não apontam eficácia superior e os efeitos colaterais se intensificam^{9,17}.

Os pacientes cuja quantidade de gordura ingerida no café da manhã é baixa podem fazer uso do fármaco apenas duas vezes ao dia (almoço e jantar)^{9,17}. Existe ainda uma apresentação da droga na dose de 60mg e mais recentemente de 27mg (comprimidos mastigáveis), entretanto estas ainda não se encontram disponíveis no mercado brasileiro.

Segundo a bula do medicamento, o orlistat não é capaz de inibir a absorção da gordura em sua totalidade, ou seja, essa inibição não é 100%, até porque esse efeito seria indesejável ao organismo, uma vez que necessitamos dessas substâncias para um funcionamento adequado. A inibição, portanto, impede a absorção de cerca de 30% da gordura ingerida, quando em sua dose máxima diária. Esse fato reforça a necessidade da conscientização do paciente em relação à sua dieta.

Em virtude do seu mecanismo de ação o orlistat interfere na absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), e por esse motivo é necessário que o paciente utilize suplementação duas horas antes ou depois do uso do medicamento com a finalidade de impedir distúrbios resultantes da má absorção dessas vitaminas¹⁸.

Uma vez que a droga não apresenta ação central, trata-se de uma boa escolha para obesos em tratamento psiquiátrico e que fazem uso de antidepressivos. Os efeitos adversos da droga incluem a flatulência, o que muitas vezes acarreta na suspensão da mesma, e presença de fezes oleosas, cólicas abdominais e aumento no número de evacuações diárias⁸.

De acordo com um estudo de metanálise, o orlistat, quando comparado ao placebo, resultou na diminuição da circunferência abdominal (CA), IMC, pressões arteriais sistólica e diastólica, glicemia de jejum, hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total e a fração LDL, em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. Em indivíduos não diabéticos, a redução da glicemia de jejum ocorreu em quatro de seis estudos⁹.

Em virtude de ser um fármaco pouco absorvido pelo trato gastrointestinal, o orlistat apresenta uma série de interações farmacológicas, entre elas a ciclosporina, a warfarina, a amiodarona e a lamotrigina¹⁷. Outras substâncias que interagem com o fármaco são os análogos da vitamina D, sendo inclusive recomendado o monitoramento dessa vitamina durante o tratamento em adolescentes⁹.

Os pacientes que fazem uso da warfarina como anticoagulante oral devem ter cuidado com o risco aumentado de sangramentos em detrimento da diminuição da absorção de vitamina K, o que resulta no monitoramento do Índice Internacional Normalizado (INR). Os portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 podem apresentar episódios de hipoglicemia, uma vez que o orlistat melhora o

controle dos níveis glicêmicos, logo é necessária uma reavaliação nas doses dos hipoglicemiantes orais.

Após o uso do orlistat por milhões de pessoas em todo o mundo, o FDA recentemente emitiu um alerta em relação ao risco de insuficiência hepática aguda devido ao uso da droga, de forma que a mesma deve ser evitada em pacientes com hepatopatia. Como não possui ação no SNC, essa substância pode ser associada a outras drogas antiobesidade, inclusive a sibutramina. Entretanto, estudos que comparam o uso isolado do orlistat com o seu uso associado a sibutramina ainda estão em andamento⁹.

8.2.4 Medicamentos inibidores seletivos da recaptação da serotonina

A classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) compreendem substâncias com a finalidade de tratamento de patologias psiquiátricas, como a depressão, os distúrbios de ansiedade e alguns transtornos de personalidade e da alimentação. São exemplos de drogas desse grupo: a fluoxetina, a sertralina, a paroxetina, o citalopram e o escitalopram.

Esses fármacos atuam em neurônios pré-sinápticos, bloqueando os receptores responsáveis pela recaptação da serotonina, um neurotransmissor importante do organismo. O resultado desse processo é o aumento da concentração dessa substância nas sinapses e conseqüentemente de sua ação nos neurônios pós-sinápticos¹⁹.

A indicação precisa do uso da fluoxetina, sertralina e dos demais ISRS no controle da obesidade é citada em indivíduos obesos portadores de distúrbios psiquiátricos como depressão, transtornos da alimentação e distúrbios da ansiedade²⁰.

Os estudos apontam que a fluoxetina provoca diminuição da ingestão alimentar, demonstrando grande eficácia no tratamento da obesidade a longo prazo¹⁹. Entretanto, é importante salientar que essa finalidade não é mencionada na bula como indicação do uso do medicamento. A utilização dos demais fármacos da classe dos ISRS no controle da obesidade não associada a síndromes psiquiátricas é pouco citada na literatura.

Alguns estudos sugerem o uso combinado de medicamentos para a obesidade com a fluoxetina ou o clordiazepóxido, esse último um ansiolítico de ação tranquilizante que age deprimindo o SNC. Essa combinação estaria sendo utilizada como forma de obter, em um curto espaço de tempo, uma melhor resposta no tratamento da obesidade^{21,22}.

Em um estudo de metanálise foi observado uma correlação positiva entre obesidade e depressão, de forma que pessoas obesas possuem

chance aumentada de se tornarem depressivas ao longo do tempo, assim como indivíduos depressivos apresentam uma maior tendência à obesidade²². Essa informação reforça a possibilidade de utilização dos ISRS no tratamento da obesidade, com chances de bons resultados.

8.3 Medicamentos para a obesidade sem fundamentação científica

Em virtude da incidência e prevalência da obesidade no cenário mundial, diversos são os medicamentos propostos para o tratamento dessa patologia, entretanto, é importante mencionar que algumas substâncias não possuem evidência científica que justifiquem o seu uso, não sendo, portanto, indicadas.

Exemplos clássicos constituem os diuréticos e laxativos, os quais podem proporcionar desagradáveis efeitos adversos no indivíduo, tais como: distúrbios hidroeletrólíticos, hipotensão, desidratação, tonturas, náuseas e vômitos. O uso de hormônios da tireoide também não possui embasamento científico, configurando apenas um relato na história do tratamento medicamentoso da obesidade, uma vez que suas reações adversas colocam em risco a vida do usuário²⁰.

A utilização de formulações tecnicamente elaboradas que se baseiam em plantas, como os fitoterápicos, com a finalidade de perder peso é uma prática presente e frequente em nosso cotidiano. Contudo, o grande problema reside no fato de que a população possui uma falsa ideia de que esses produtos não oferecem quaisquer riscos à saúde, sendo isentos de malefícios⁸. Exemplo dessa prática é o uso de fitoterápicos à base de plantas como: *Caralluma fimbriata*, *Hoodia gordonii*, *Citrus aurantium*, *Ilex paraguayensis*, *Psylium*, *Camellia sinensis*.

Outro problema relacionado ao uso de fitoterápicos são as infrações em sua comercialização, como problemas no acondicionamento, indicação sem fundamento clínico e/ou científico, e a presença de fármacos sintéticos em sua composição, referidos ou não no rótulo e na bula do produto, sendo esses em muitos casos substâncias constantes na Portaria 344/98⁸.

Determinados medicamentos usados na terapia da diabetes mellitus tipo 2 podem ser úteis no tratamento de pacientes diabéticos e obesos, apresentando bons resultados ao longo dos anos, como a metformina e a acarbose. Contudo, não há até o momento eficácia comprovada em pacientes obesos não diabéticos²⁰.

Ainda são mencionados, como formas de tratamento medicamentoso sem evidências científicas de eficácia e muito utilizadas em nosso meio para o tratamento da obesidade, os cremes para celulite e as fórmulas magistrais ditas naturais²⁰.

Os órgãos responsáveis pela regulamentação dos medicamentos emagrecedores enfrentam um dilema importante. De um lado, o rigor e a necessidade de resultados satisfatórios a longo prazo resultam em custos muito elevados com o desenvolvimento dos fármacos. Ademais, tem-se a incerteza em relação a aprovação e comercialização. Por sua vez, se dispensarmos os grandes ensaios clínicos antes da liberação do uso do fármaco, drogas ineficazes podem ser introduzidas no mercado com risco de prejuízos para a população¹⁴.

Atualmente, os critérios mais utilizados para que uma droga seja aprovada para o tratamento da obesidade são os da FDA e da *European Medicines Agency* (EMA). O FDA exige as seguintes condições: a) perda de peso $\geq 5\%$ estatisticamente significativa num ano de tratamento ou $> 35\%$ dos pacientes com uma perda de peso $\geq 5\%$, que deve ser cerca de duas vezes maior que a perda estabelecida no grupo placebo; b) evidência de melhora de parâmetros metabólicos (pressão arterial, perfil lipídico e glicemia). A EMA, por sua vez, requer: a) perda de peso $\geq 10\%$ comparado ao peso base num tratamento de um ano, que deve ser $> 5\%$ quando equiparada à perda obtida pelo grupo placebo; b) a perda ponderal alcançada deve ser mantida após a conclusão do tratamento, sendo recomendada a prevenção do ganho de peso^{1,14}.

8.4 Medicamentos que atualmente se encontram em ensaios clínicos

Em virtude da relevância e impacto da obesidade e suas comorbidades nas sociedades atuais, uma variedade de fármacos se encontram em ensaios clínicos para utilização no tratamento dessa patologia. Os estudos compreendem quatro fases, sendo a terceira aquela que precede a liberação do medicamento para uso pela população.

Algumas drogas que estão no mercado com a finalidade de uso em doenças como a diabetes *mellitus* tipo 2 passaram a ser consideradas opções para o tratamento da obesidade em virtude da diminuição de peso proporcionada, exemplo clássico são os análogos do GLP-1, hormônio produzido pelo intestino pós-refeição que auxilia na secreção de insulina. A liraglutide, um medicamento dessa classe de análogos, já foi aprovada em vários países, inclusive no Brasil, onde já é comercializada.

Os ensaios clínicos apontam que a exenatida, um análogo do GLP-1 que se encontra em Fase 3, tem demonstrado resultados promissores em indivíduos obesos não diabéticos. Outra droga que se encontra na mesma fase de estudo é o cetilistat, cujo mecanismo de ação é semelhante ao do orlistat e envolve a diminuição na absorção de triglicerídeos. Algumas formulações também têm se destacado,

como a associação de pramlintida e metreleptina (análogo da leptina), que está em Fase 2¹⁵.

Outros medicamentos que também se encontram em ensaios clínicos são os supressores do apetite, como a tesofensina, que atua no nível do SNC promovendo a inibição da recaptação de noradrenalina, serotonina e dopamina, e o baclofeno, que atua como agonista dos receptores β do ácido γ -aminobutírico (GABA β), e que reduziu o peso corporal e o perímetro abdominal em mais de 2% e 2 cm respectivamente, em cada 5 de 10 indivíduos, não apresentando efeitos colaterais importantes em doentes obesos¹⁵.

É válido salientar que apesar de aprovado em ensaios clínicos de Fase 3, o medicamento não pode ser considerado totalmente seguro, visto que o período de estudo não é suficiente para avaliação da eficácia e segurança do mesmo, e que o público submetido ao estudo nem sempre reflete a população que usará a nova droga.

O lançamento no mercado reflete a última fase de pesquisa (Fase 4), quando o número de pessoas que farão uso do medicamento, bem como a duração do tratamento serão aumentados. Logo, a substância poderá apresentar efeitos adversos ainda não conhecidos durante as fases de ensaios clínicos anteriores, o que pode resultar na suspensão e/ou adequação da sua venda. Essa informação ainda reforça a importância da prudência no uso e indicação de novos fármacos disponíveis no mercado.

Exemplo clássico da afirmativa anterior é a sibutramina, a qual foi aprovada em ensaios clínicos de Fase 3, e só a longo prazo e após estudos como o SCOUT foi observado que a droga apresenta risco de morbidade cardiovascular, sendo proscrita em determinados países¹⁴.

A maior parte das drogas que se encontram em ensaios clínicos foram idealizadas como opções terapêuticas para a obesidade a partir do uso *off label* de medicamentos. O fármaco é caracterizado como *off label* quando utilizado com finalidade não aprovada inicialmente pelas agências responsáveis e que, portanto, não consta em seu rótulo ou bula como indicação. O uso de medicamentos *off label* tem se mostrado uma prática cada vez mais comum no cotidiano.

8.5 Medicamentos recentemente aprovados para uso no tratamento da obesidade

Alguns dos medicamentos que se encontravam em ensaios clínicos foram recentemente liberados para comercialização em determinados países após aprovação dos órgãos responsáveis.

Em junho de 2012, o FDA aprovou o uso da lorcaserina para

tratamento da obesidade a longo prazo, como adjuvante de uma dieta hipocalórica e da prática de atividade física. A droga possui como mecanismo de ação uma atuação agonista nos receptores de serotonina (5-HT). Os estudos mostram que a ativação dos receptores 5-HT presentes no hipotálamo induz à saciedade e consequentemente diminui o consumo de alimentos¹.

Ainda no mesmo mês, a agência norte-americana autorizou a venda de uma combinação de topiramato de liberação prolongada com baixas doses de fentermina, a primeira com ação específica nos receptores de serotonina, não devendo ser administrada em conjunto com drogas que aumentem o nível desse neurotransmissor pelo risco de síndrome serotoninérgica. A segunda, contraindicada em indivíduos com hipertensão arterial e doença coronariana¹.

Outra medicação aprovada para comercialização foi a associação de bupropiona de liberação prolongada e naltrexona, o que ocorreu em setembro de 2014, em virtude da diminuição significativa do peso corporal em indivíduos obesos submetidos ao estudo. Entretanto, antes da comercialização, o FDA exigiu estudo adicional para avaliação do risco cardiovascular^{15,23}.

Ao fim de 2014, o órgão norte-americano aprovou a liraglutida 3mg/dia como droga antiobesidade. O fármaco é um análogo do GLP-1 que atua no retardo do esvaziamento gástrico e no estímulo à produção de insulina, sendo utilizado no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 com dose inferior e com nome comercial diferente²⁴.

Em dezembro de 2016 foi a vez da ANVISA aprovar o uso da lorcaserina, sendo indicada para pacientes com IMC \geq a 30 kg/m², ou IMC \geq a 27 kg/m² associado à comorbidade, de forma que em breve esse fármaco estará disponível nas farmácias e drogarias do nosso país²⁵.

8.6 Tratamento medicamentoso da obesidade no contexto nacional e internacional

Até pouco tempo, aproximadamente seis anos, figuravam como possibilidades terapêuticas em nosso país três classes de substâncias. As drogas anorexígenas, que compreendiam a anfepromona, o mazindol e o femproporex, a classe dos sacietógenos, representada pela sibutramina, e por fim, os redutores da absorção de gorduras, cujo medicamento é o orlistat.

O Brasil foi durante muitos anos um dos maiores consumidores de inibidores de apetite do mundo, com evidências de problemas relacionados à prescrição, à venda e ao uso desenfreado dessas substâncias²¹. O contexto brasileiro de consumo desses anorexígenos anfetamínicos contrariava a realidade europeia, onde o uso des-

ses fármacos havia sido suspenso desde 1999, por falta de evidências científicas de eficácia no tratamento da obesidade².

Após consulta pública e inúmeras discussões, e com a finalidade de manter um controle mais rígido dos fármacos anorexígenos, a ANVISA estabeleceu a partir da RDC nº 52 de 6 de outubro de 2011 a interrupção da venda de três anorexígenos: a anfepramona, o mazindol e o femproporex, os únicos anorexígenos anfetamínicos em circulação no território nacional, sob justificativa do risco atribuído aos efeitos indesejáveis dessas substâncias^{2,4,21,26}.

Após esse evento, os únicos medicamentos oficialmente indicados para o tratamento da obesidade no Brasil passaram a ser a sibutramina e o orlistat, sendo que a RDC em questão ainda fez restrições à venda da sibutramina, destacando a necessidade de um Termo de Responsabilidade do Prescritor (TRP) preenchido devidamente em três vias para dispensação da droga⁴.

Recentemente, em fevereiro de 2016, a ANVISA, através da resolução 504/2016, permitiu a comercialização da liraglutida 3mg/dia²⁷. A nova droga, que já era utilizada no tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2, agora compõe, junto à sibutramina, ao orlistat e à recente lorcaserina, o arsenal de medicamentos antiobesidade disponível em território nacional.

Os dados obtidos a partir do estudo SCOUT foram determinantes para que as agências de vigilância sanitária de vários países, entre eles os Estados Unidos da América (EUA), o Canadá, os membros da Comunidade Europeia, a Austrália e a Arábia Saudita viessem a suspender a venda da sibutramina em seus territórios²⁸. As mudanças relacionadas à venda da sibutramina em território nacional expressas através da RDC nº 52/11 também foram consequência dos dados desse estudo.

Até pouco tempo, o contexto norte-americano e o europeu se assemelhavam no que diz respeito ao tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso, sendo o orlistat o único medicamento disponível para uso, após suspensão de fármacos como a sibutramina e o rimonabanto¹⁴. Entretanto, o aumento dramático do número de indivíduos obesos impulsionou as indústrias farmacêuticas na busca por novas substâncias para uso nessa patologia, com resultados promissores nos últimos anos.

Atualmente nos EUA, além do orlistat, estão disponíveis para comercialização e tratamento da obesidade fármacos como a lorcaserina, a liraglutida, a fentermina, além de associações de drogas, como a combinação de fentermina com topiramato e de bupropiona com naltrexona²³.

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), além de atingir os EUA e o Brasil, a liraglutida 3mg/dia ampliou o mercado, sendo aprovada na Europa e no Canadá. A substância é o primeiro medicamento antiobesidade aceito em mais de duas décadas nesse último país²⁹.

Outros medicamentos indicados para a terapêutica da obesidade continuam enfrentando problemas para aprovação em determinados países. A lorcaserina, apesar de comercializada nos EUA, foi rejeitada na Europa, no Canadá e na Suíça, e recentemente aprovada na Coreia do Sul. A combinação de fentermina com topiramato, também aceita nos EUA, enfrenta rejeição na comunidade europeia²⁹.

Apesar do arsenal de medicamentos antiobesidade ainda ser limitado na maioria dos países, a expectativa é de que fármacos que atualmente se encontram em ensaios clínicos sejam propostos como novas drogas nos próximos anos, com perspectiva de bons resultados no tratamento do sobrepeso e da obesidade.

Referências

1. Ferreira JL, Rodrigues D. Novos avanços no tratamento farmacológico da obesidade [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
2. Marcon C, Silva LAM, Moraes CMB, Martins JS, Carpes AD. Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*. 2012; 13 (2): 247-63.
3. Negreiros IIF, Oliveira DC, Figueiredo MRO, Ferraz DLM, Souza LS, Moreira J. et al. Perfil dos efeitos adversos e contraindicações dos fármacos moduladores do apetite: uma revisão sistemática. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* 2011; 36 (2):137-60.
4. Laila HJA, Menezes APS, Nunes MFS, Horta RN, Zago AC. Análise de prescrições destinadas ao emagrecimento em farmácia magistral antes e após a vigência da RDC N° 52/2011. *Infarma, Ciências Farmacêuticas*. 2013; 25 (4): 182-87.
5. Silva MAAO. Obesidade nos cuidados de saúde primários [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009.
6. Moreira F, Alves AA. Utilização de anfetaminas como anorexígenos relacionados à obesidade. *Revista Científica da FHO|UNIARARAS*. 2015; 3(1):84-91.

7. Rossum JFV, Silva VYNE, Rodrigues RO, Assunção RDL. Uma abordagem atual da obesidade. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2014-2015; 9 (1):54-59.
8. Guedes L, Chaves CMG. Medicamentos anorexígenos: aspectos relevantes de utilização dentro do contexto regulatório brasileiro [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
9. Radominski RB, Mancini M, Benchimol AK, Halpern A, Mattos AG, Gelonese B. et al. Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso. ABESO/SBEM. 2010; edição especial: 4-18.
10. Soares VCG, Vechiato C, Pierini EC, Demarchi GM, Francesconi EPMS, Oliveira DAG. Autoimagem corporal associada ao uso de sibutramina. *J Health Sci. Inst.* 2011; 29 (1): 45-51.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 25, de 30 de junho de 2010. Altera a RDC Nº 58, de 5 de setembro de 2007, que dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. [Acesso em 2016 nov 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0025_30_06_2010.html
12. Franco RR, Cominato L, Damiani D. O efeito da sibutramina na perda de peso de adolescentes obesos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014; 58(3):243-50.
13. Naccarato MC, Lago EMO. Uso dos anorexígenos anfepramona e sibutramina: benefício ou prejuízo à saúde? *Revista Saúde.* 2014; 8(1/2):66-72.
14. Paumgartten FJR. Benefícios para a saúde a longo prazo de inibidores de apetite permanecem sem provas. *Rev Saude Publica.* 2011; 45(6):1192-6.
15. Martins AD, Morgado MAP, Morgado SCP. Tratamento farmacológico da obesidade: medicamentos atualmente utilizados e novos compostos em desenvolvimento clínico [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013.
16. Nissen LP, Vieira LH, Bozza LF, Veiga LT, Biscaia BFL, Pereira JH.

- et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Rev bras med fam comunidade*. 2012; 7 (24):184-90.
17. Radominski RB, Benchimol AK, Halpern A, Mattos AG, Gelonese B, Cercato C. et al. Obesidade e sobrepeso: tratamento farmacológico. Projeto Diretrizes AMB/CFM. 2010; 1-26.
18. Borges CBN, Borges RM, Santos JE. Tratamento clínico da obesidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006; 39(2):246-52.
19. Tecchio A, Pereira FM. Utilização de fármacos para o controle da obesidade entre acadêmicos do curso de farmácia de uma faculdade particular do oeste do Paraná [monografia]. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz; 2012.
20. Coutinho WF, Cabral MD. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000; 44 (1): 91-4.
21. Mota DM, Oliveira MG, Bovi RF, Silva SF, Cunha JAF, Divino JA. Há irracionalidades no consumo de inibidores de apetite no Brasil? Uma análise farmacoeconômica de dados em painel. *Cien Saude Colet*. 2014; 19 (5): 1389-400.
22. Mota DM, Silva GG. Evidências advindas do consumo de medicamentos moduladores do apetite no Brasil: um estudo farmacoeconômico. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(1):88-94.
23. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) [Homepage]. Obesidade e novos medicamentos aprovados nos Estados Unidos. [Acesso em 2016 out 05]. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/obesidade-e-novos-medicamentos-aprovados-nos-estados-unidos/>
24. Centro de Estudos de Medicamentos (CEMED) [Homepage]. Liraglutida para tratamento da obesidade: uma nova “promessa” chamada Saxenda®. [Acesso em 2016 out 03]. Disponível em: <https://cemedmg.wordpress.com/2015/03/09/liraglutida-para-tratamento-da-obesidade-uma-nova-promessa-chamada-saxenda/>
25. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) [Homepage]. Anvisa aprova novo medicamento para tratamento da obesidade. 2016. [Acesso em 2017 fev 26]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticia/anvisa-aprova-novo->

26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 52, de 6 de outubro de 2011. Determina a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. [Acesso em 2016 nov 20]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/anorexigenos/pdf/RDC%2052-2011%20DOU%2010%20de%20outubro%20de%202011.pdf>

27. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) [Homepage]. Aprovado novo medicamento antiobesidade no Brasil. 2016 [Acesso em 2016 out 05]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticia/aprovado-novo-medicamento-anti-obesidade-no-brasil>

28. Carlini EA. O controle dos medicamentos anoréticos: mais um conto para as calendas gregas? Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(2):113-4.

29. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) [Homepage]. Saxenda amplia mercado, atingindo EUA, Canadá e Europa. 2015. [Acesso em 2016 out 05]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticia/saxenda-amplia-mercado-atingindo-eua-canada-e-europa>

Abordagens Psicoterápicas na Obesidade

SARAH MARIA PONTES BRAGA¹

INGRID CATALINI DE MORAIS FONTES¹

ANALICE DE CARVALHO TAVARES²

RICARDO J. MENEZES DE LUCENA³

¹Discente do Curso de Medicina-UFPB

²Graduada em Psicologia-UFPB

³Orientador. Docente do curso de Medicina-UFPB

9.1 Relação entre obesidade, transtornos mentais e saúde mental

É fundamental reconhecer que a abordagem do indivíduo obeso está para além do conceito de corpo biológico e por isso é tão importante o conhecimento das relações da obesidade com a mente humana. Apesar de a obesidade não ser, em si, considerada uma condição psiquiátrica, a sua relação com saúde mental e transtornos mentais tem sido mais bem entendida.

Quando se fala em saúde mental, remete-se à integridade das funções mentais, sejam elas raciocínio, humor ou comportamento, responsáveis pela capacidade do indivíduo de viver em sociedade satisfatoriamente, adaptar-se às mudanças e enfrentar situações adversas, por exemplo¹. Transtorno mental, por sua vez, é um termo que representa uma síndrome comportamental com perturbação clinicamente significativa seja na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo. Essa perturbação ocasiona alteração nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais são frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade, o que afeta diretamente atividades importantes do cotidiano de um indivíduo, sejam elas sociais, profissionais ou outras².

Hoje, sabe-se que os transtornos mentais compartilham estruturas e mecanismos fisiopatogênicos com enfermidades crônicas não transmissíveis, como a obesidade³. A velha premissa de que a psicogênese só é importante quando todos os mecanismos biológicos possíveis forem excluídos para a elucidação de um processo de doença deve, então, ser deixada de lado, pois toda doença física possui componentes mentais. Dentre os pacientes que procuram

tratamento para obesidade, esta doença costuma estar associada a transtornos mentais importantes, como episódios depressivos, transtornos de ansiedade e dependência química. Transtornos alimentares, como bulimia nervosa (BN), síndrome alimentar noturna (SAN) e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) também estão presentes^{3,4}. Em estudo de metanálise, foi observado que 55% das pessoas obesas possuem maior risco de desenvolver depressão, enquanto 58% das pessoas deprimidas tendem a se tornar obesas. Sabe-se que pacientes acometidos de transtornos psicóticos e bipolares, que precisam usar medicação psicotrópica por vários anos e, por vezes, durante toda a vida, podem desenvolver um quadro de obesidade iatrogênica resultante do uso da medicação³.

A dificuldade de manter o peso perdido a longo prazo, mesmo após dietas restritivas e, até mesmo, após cirurgia bariátrica, é constatada entre os pacientes obesos que se submetem a uma abordagem unimodal e biologicista, na qual a doença é o principal objeto de intervenção e não o paciente de forma integral - seus aspectos psicossociais acabam esquecidos ou não recebem a devida atenção⁵. Assim, o acompanhamento psíquico do indivíduo obeso em equipe multiprofissional constituída por psicólogo e/ou psiquiatra deve ser feito. A partir de uma avaliação do paciente obeso, a qual deve abordar desde o histórico da obesidade do indivíduo até suas expectativas com o tratamento, o profissional de saúde mental poderá montar um plano de ação individualizado e que proponha resultados mais efetivos quando alinhados a outros tratamentos. No caso da cirurgia bariátrica, é necessário que o paciente passe por avaliação psicológica antes da realização do procedimento. Existem hoje muitas frentes de abordagem psicoterápica do paciente com obesidade, dentre as quais estão a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a atenção plena (AP) ou *Mindfulness*. A escolha do método a ser utilizado deverá depender de diálogo e consenso entre profissional e o próprio paciente.

9.2 Avaliação do paciente obeso

A importância da avaliação mental do obeso, particularmente do candidato à cirurgia bariátrica, é bem estabelecida. Por ter a obesidade um caráter multidisciplinar, é preciso que o indivíduo obeso seja abordado em várias frentes, inclusive na saúde mental. O componente psicológico desta condição tem se mostrado mais relevante com o passar dos anos e, hoje, torna-se imprescindível que seja avaliado para que as intervenções sejam individualizadas e, portanto, mais eficientes. É necessário que os profissionais em saúde mental - psicólogos e psiquiatras - sejam capacitados o suficiente

para entender a natureza da obesidade e seu relacionamento com o funcionamento da mente⁶, já que o sucesso do tratamento cirúrgico - e de que qualquer outra abordagem terapêutica para a obesidade - depende da mudança de comportamento do paciente, fomentada pela ajuda desses profissionais. Apesar disso, é importante salientar que ainda se carecem de consensos e de procedimentos-padrão que norteiem a conduta dos profissionais, o que pode fazer com que o manejo de muitos pacientes não seja apropriado devido à avaliação insuficiente de seu caráter psicológico e psiquiátrico.

Segundo o Protocolo de funcionamento do Centro de Cirurgia Bariátrica (CCB) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da Universidade de São Paulo (USP), o primeiro contato do paciente é com um médico da equipe, o qual irá obter informações relevantes para confirmar ou não a indicação cirúrgica, dentre elas os tratamentos clínicos prévios para perda de peso, sinais e sintomas de transtornos mentais e hábitos alimentares e atividade física. Dentre as contraindicações à cirurgia, encontram-se transtornos de comportamento alimentar graves, transtornos psicóticos graves, dependência química e tentativa do suicídio nos últimos dois anos. Caso o paciente seja enquadrado como apto a essa opção terapêutica, será encaminhado a uma segunda consulta, dessa vez com cirurgião e/ou nutrólogo. O médico (cirurgião ou nutrólogo) irá agendar atendimento para o psicólogo e fará a programação para a participação no grupo de conscientização e orientação multiprofissional⁷.

No primeiro momento o paciente é convocado ao Grupo de Conscientização, onde receberá palestras com orientações multiprofissionais - de psicólogo, nutricionista, nutrólogo, cirurgião e fisioterapeuta -, de acordo com calendário organizado pelo psicólogo. A primeira palestra é orientada pelo psicólogo, o qual fará a apresentação do programa de cirurgia bariátrica e orientação geral do funcionamento do ambulatório e das normas da cirurgia, além da avaliação e acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório. A segunda palestra é sobre o acompanhamento nutricional no pré e no pós-operatório, sendo guiada pelo nutricionista. O tema da terceira palestra é a avaliação clínica no pré e pós-operatório, sendo guiada pelo nutrólogo. O cirurgião é o responsável pela quarta palestra, com orientações gerais sobre o procedimento. Por fim, o fisioterapeuta é o responsável pela quinta palestra, que tratará sobre a importância da atividade física tanto na preparação para a cirurgia quanto para apneia do sono. No quinto e último encontro, paciente e acompanhante - familiar ou cuidador - assinarão termo de participação e esclarecimento sobre a cirurgia. Com o término das sessões

do Grupo de Conscientização, os pacientes seguirão para a Avaliação Psicológica Individual, com, no mínimo, seis sessões, além de uma sessão extra na qual será feito um parecer dos aspectos avaliados⁷.

É importante para o profissional de saúde mental saber que, ao receber um indivíduo obeso, ele se depara com alguém que já passou por múltiplas tentativas falhas de dietas restritivas, sente-se mal consigo mesmo, não tem uma boa relação com o ato de comer e preocupa-se com a morbidez de seu estado. A primeira parte do atendimento, realizada em consulta individual com o psicólogo, encontra-se, então, no acolhimento. Através desse procedimento o profissional deve colher uma história sem censura social ou julgamentos, de forma que não demonstre expectativas⁴. Durante a avaliação psicológica individual, alguns aspectos biopsicossociais devem ser levados em consideração para que os problemas específicos de cada paciente sejam elucidados e, assim, a abordagem psicoterapêutica ideal seja escolhida e devidamente guiada. Dentre esses aspectos, encontram-se^{5,8}:

- História clínica do paciente: detalhes do estilo de vida do paciente - seus hábitos e costumes -, explicitando ainda como ele pensa e se sente em relação à maneira que vive e como isso interfere em seus relacionamentos;
- História da obesidade: pesquisa de padrões familiares relacionados à alimentação e à própria obesidade (visto que o ambiente em que o indivíduo está inserido é um dos fatores causadores da doença), informações sobre como e quantas vezes o paciente tentou perder peso, prejuízos causados pela obesidade (na vida profissional, social ou na saúde física), como é a autoestima do indivíduo, quão informado ele é sobre o procedimento cirúrgico e suas expectativas quanto à operação;
- Identificar a presença de compulsões, relação com o alimento e provável transtorno alimentar (compulsão alimentar periódica, anorexia, bulimia), nível de estresse, transtornos de ansiedade e episódios depressivos: a partir dessas informações, o profissional pode escolher, a depender da gravidade da condição, tratar inicialmente o transtorno mental preexistente antes de prosseguir com o tratamento cirúrgico;
- Estabelecer a relação entre comer e fatores emocionais: observação da capacidade de manutenção do controle do indivíduo frente às situações de tensão que possam comprometer os resultados, os possíveis gatilhos emocionais responsáveis por comportamentos negativos;
- Investigar transtornos mentais mais graves, que possam in-

viabilizar o procedimento cirúrgico, como transtorno bipolar, esquizofrenia e dependência química;

- Criar possibilidades de implementação de mudanças nos hábitos de vida: deve-se estabelecer um padrão alimentar saudável e a importância da prática de exercícios físicos; e
- Se necessário, considerar acompanhamento pós-operatório.

No HCFMRP-USP, os pacientes que necessitam de um tratamento prévio à cirurgia são acompanhados com Psicoterapia Breve Focal e posteriormente reavaliados. A avaliação psiquiátrica é reservada aos pacientes com problemas de risco ou contraindicações relativas ao tratamento cirúrgico, tais como dependência química, transtorno psicótico e transtornos de personalidade graves⁷.

Os métodos e técnicas psicológicos mais utilizados são a entrevista clínica semiestruturada, ampla e detalhada, principalmente. Porém, existem instrumentos mais objetivos que visam complementar os dados coletados durante a entrevista, um tanto subjetivos, para facilitar a emissão de um parecer técnico. A técnica economiza tempo e há alguns questionários que podem ser respondidos em casa. Instrumento de avaliação bastante utilizado é o Inventário de Depressão de Beck, o qual avalia sintomas físicos, ansiedade, depressão e sinais de depressão com ideias paranoides. É composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Há também ferramentas mais específicas de avaliação, como a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), a qual avalia o grau de compulsão alimentar em indivíduos obesos; o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP), instrumento criado para o diagnóstico do TCAP e de quadros subclínicos de compulsão alimentar; o *Eating Disorder Examination-Questionnaire Version* (EDE-Q), cujo resultado é dado em subescalas, as quais podem ser restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. Esses instrumentos são escolhidos com menor frequência como forma de avaliação por não serem aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e por não terem sido criados para o paciente bariátrico em si. Há dois recursos, o Boston Interview e o PsyBari, que foram criados especialmente para o candidato à cirurgia bariátrica, porém ainda não foram adaptados para os pacientes brasileiros nem traduzidos do inglês. O primeiro recurso trata-se de uma entrevista semiestruturada utilizada para avaliação do paciente que será submetido ao *by-pass* gástrico. O segundo instrumento refere-se a um teste psicológico

elaborado especificamente para as avaliações psicológicas pré-cirúrgicas, como motivação cirúrgica, alimentação emocional, raiva, compulsão alimentar e ansiedade cirúrgica⁴.

No Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa-PB, a porta de entrada do paciente obeso é o endocrinologista especialista em obesidade, através do qual o indivíduo apto a fazer a cirurgia bariátrica é encaminhado ao serviço de psicologia e ao de nutrição. Com a psicóloga, o paciente deve passar por três sessões individuais, com intervalos de 15 dias, seguido pelo acompanhamento em terapia de grupo até o dia da cirurgia. Durante as sessões individuais, o psicólogo, através de entrevista clínica detalhada, deve colher dados sobre o histórico da obesidade do paciente, histórico de comportamentos associados à alimentação, prática de exercícios físicos e comorbidades - tais como diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia e hipertensão -, dentre outros pontos importantes já citados e, através da psicanálise - aqui não é utilizada testagem psicológica -, fazer um acompanhamento extremamente individualizado de cada paciente. Os dados obtidos são agrupados na ficha de evolução clínica do próprio hospital e não há ficha de avaliação específica para os pacientes deste serviço. Os grupos pré-operatórios acontecem quinzenalmente, com reuniões que duram entre uma hora e meia e duas horas, com média de 15 pessoas por sessão. São basicamente educativos, com informações sobre o procedimento cirúrgico, quais cuidados tomar no pré e pós-operatório, principais complicações imediatas e tardias e outras dúvidas que os pacientes possam ter. Ocasionalmente há a presença de pacientes em pós-operatório, para que haja a troca de experiências. No serviço do HULW, tanto médico endocrinologista quanto psicólogo podem encaminhar o paciente ao psiquiatra, caso considerem possível algum transtorno mental.

Transtornos mentais são bastante comuns em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e podem influenciar negativamente nos resultados do tratamento. O paciente precisa estar ciente de que a cirurgia bariátrica não trata ansiedade, pânico, depressão ou transtorno bipolar, por exemplo. Esses quadros, inclusive, podem ser agravados após o procedimento cirúrgico se não receberem a devida atenção no pré-operatório. Ademais, sabe-se que a operação pode levar à perda de peso significativa mesmo naqueles indivíduos com grandes transtornos mentais, porém resultados sustentados são alcançados por aqueles pacientes avaliados e tratados por equipe multidisciplinar, a qual definirá o melhor caminho a ser tomado no tratamento do paciente, seja ele cirúrgico ou não^{6,9}.

É através dessa avaliação que os profissionais de saúde mental

poderão identificar a presença de contraindicações absolutas e relativas ao procedimento cirúrgico, além de serem fundamentais para o reforço da necessidade de mudanças comportamentais e avaliar se o paciente está verdadeiramente disposto e ciente do impacto físico, psicológico e social que irá sofrer. O profissional deve assumir diferentes papéis no momento da avaliação: é um pesquisador, coletando dados; um educador, provendo informações; e, ainda, um terapeuta, motivando e gerenciando as emoções emergentes durante a avaliação. Não é objetivo principal do parecer técnico a exclusão de pacientes, mas sim assegurar-se da melhor adesão destes ao tratamento.

É interessante que seja realizado, ainda, um *follow up* pós-operatório, o qual também consiste numa entrevista semiestruturada onde serão investigados o comportamento alimentar, alterações de humor, sono, apetite e libido. É importante, pois, que o profissional esteja ciente que a modificação de hábitos de vida cultivados durante geralmente muitos anos e a estabilidade emocional não são alvos que se conquistam facilmente, devem ser trabalhados diária e continuamente¹⁰.

9.3 Principais intervenções terapêuticas

Não se pode falar em um tipo específico de personalidade obesa, portanto os problemas psicológicos dos indivíduos obesos são variáveis. É importante não só decidir sobre o tipo de psicoterapia, mas decidir em conjunto com o paciente a melhor alternativa para o controle de peso apropriado¹. A TCC tem sido a psicoterapia mais bem-sucedida e, por isso, é considerada o principal método terapêutico de escolha atualmente. Ademais, existem outras psicoterapias utilizadas no acompanhamento do indivíduo obeso como a AP, os tratamentos de condicionamento operante, a terapia de grupo e a terapia psicodinâmica.

Os tratamentos de condicionamento operante, baseados na teoria idealizada por B. G. Skinner, têm como principais conceitos estímulo, resposta, reforço, recompensa e extinção. Estímulo é qualquer acontecimento susceptível de ser captado pelos seus receptores e de levar a uma reação; resposta é a unidade de comportamento controlada por um ou mais estímulos; reforço é qualquer acontecimento que segue uma resposta e aumenta a probabilidade dessa resposta ocorrer; recompensa é a ocorrência de um estímulo benéfico; extinção é o processo de diminuição da frequência de ocorrência de uma resposta. Em termos práticos, um estímulo negativo para um indivíduo obeso, como o sentir-se envergonhado ou inseguro em atividades sociais, pode desencadear uma resposta de compulsão alimentar, a qual poderia ser reforçada pelo próprio ato de comer

em excesso, como um ciclo vicioso. Estímulos positivos, por sua vez, como exercícios físicos, podem levar a respostas benéficas, como a continuação do tratamento de mudança de estilo de vida, alimentando-se de maneira mais saudável e continuando a praticar exercícios. Recompensas como elogios ou novas roupas para reforçar a perda de peso podem ser bem-sucedidas no auxílio à extinção de hábitos aversivos à saúde do obeso¹¹.

Psicoterapia de grupo consiste em uma abordagem focada em psicoeducação, no qual um terapeuta treinado orienta as interações dos membros, previamente selecionados criteriosamente, de forma que os mesmos possam se ajudar a efetuar mudanças de comportamento. Aspectos psicológicos, emocionais e comportamentais podem ser abordados, como a percepção do indivíduo obeso, as formas com que a obesidade afeta a saúde mental e experiências com a comida, por exemplo. Triagem e preparação do indivíduo são necessárias antes do início da terapia. É preciso observar se o paciente obeso possui ansiedade em relação à autoridade e em relação a colegas e, individualmente, decidir se essa abordagem será benéfica. Quanto à preparação, sabe-se que pacientes preparados por um terapeuta para a experiência de grupo permanecem por mais tempo e relatam menos ansiedade inicial do que aqueles que não estão preparados. A abordagem consiste em explicar o procedimento com o máximo de detalhes possíveis e responder as perguntas do paciente antes da primeira sessão. O papel fundamental do terapeuta é o de facilitador; os membros do grupo devem ser as fontes primárias de cura e mudança. Ele deve exercer uma influência que instigue empatia, respeito e afeto entre os participantes do grupo¹. O protocolo do HCFMRP-USP inclui encontros pós-operatórios quinzenais por seis meses, e mensais após este período até um ano, quando serão encaminhados para atendimento psicológico em sua cidade de origem⁷.

A terapia psicodinâmica orientada para o *insight*, apesar de funcionar com alguns pacientes, não tem obtido muito êxito¹. Ademais, é um tipo de psicoterapia breve, com duração de 5 a 40 sessões, cujos destaques são a flexibilidade dos terapeutas em adaptar a técnica às necessidades da individualidade de cada paciente, o controle das tendências regressivas dos pacientes, a intervenção ativa para evitar que esses desenvolvam dependência excessiva do terapeuta e *insight* intelectual. A palavra *insight* é utilizada para indicar o conhecimento, pelo paciente, de que os sintomas de sua doença são anormalidades ou fenômenos mórbidos. Ele tem necessidade de um estímulo que influenciará sua decisão no sentido que leve à sua recuperação¹².

AP ou *Mindfulness*, é uma qualidade da consciência caracterizada pelo prestar atenção deliberadamente, momento a momento, às experiências, pensamentos e emoções de forma aberta e sem julgamentos. Recentemente, tem sido bastante utilizada no tratamento de distúrbios alimentares, incluindo a obesidade, cujos comportamentos alimentares problemáticos podem ser modificados, melhorando o relacionamento do indivíduo com a comida. Apesar de ser uma qualidade inerente do ser humano, a AP pode ser cultivada através de treinamentos sistemáticos. As técnicas de AP são utilizadas com o objetivo de revisar ou transformar a perspectiva em que são vivenciadas as circunstâncias do indivíduo^{13,14}. É uma abordagem que propõe diminuir a vulnerabilidade cognitiva ao estresse e ao sofrimento emocional nos últimos anos como uma forma de aumentar a sensibilidade e a capacidade de responder habilmente a processos mentais que contribuem para angústia emocional e comportamentos mal adaptados, como comer compulsivo e fome emocional^{14,15}.

O *Mindful Eating* propõe a aplicação da AP em transtornos alimentares, tendo como objetivo o estabelecimento de elementos componentes de um relacionamento saudável com a comida. Pontos que indicam um relacionamento saudável com o ato de comer incluem:

- Sentir-se feliz e contente com a vida quando não se está comendo;
- Não comer quando não se tem fome;
- Parar de comer quando sentir-se satisfeito e ser capaz de deixar comida no prato;
- Ter intervalos de pelo menos algumas horas sem estar com fome ou pensando em comida, pontuados pelos momentos de refeição, quando há fome e alegria em comer;
- Alegregar-se em comer diferentes tipos de comida;
- Manter um peso saudável e constante, fazendo com que pesar-se mais de uma vez em muitos meses ou anos seja dispensável;
- Não ser obsessivo com relação à comida nem contar calorias para decidir se pode comer algo ou não.

Trata-se de um treino de focalização da atenção no ambiente e nas reações corporais do momento presente que, na alimentação, pode levar a uma diminuição na quantidade de calorias ingeridas por refeição, além de proporcionar um maior controle e apreciação da alimentação. Um esquema ilustrando a utilização da AP na compulsão alimentar e obesidade está esquematizado na Figura 9.1.

Figura 9.1 - Ciclo da alimentação com Atenção Plena.



Como resultados, a AP permite ao indivíduo obeso a conscientização do ato de comer, assim como da saciedade, satisfação do paladar e desejos alimentares e a sua relação com emoções e outros gatilhos envolvidos nos episódios de comer compulsório. É uma abordagem interessante devido a sua capacidade de manter os novos hábitos alimentares a longo prazo, particularmente frente ao estresse¹⁶, uma das principais causas de momentos de compulsão alimentar entre os obesos. As intervenções podem ser baseadas em treinamentos para manejar o estresse, comer de maneira saudável e exercícios físicos.

O *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) é um instrumento para avaliação de *Mindfulness* e já foi traduzido para o português e adaptado aos conceitos da cultura brasileira (FMI-Br). O objetivo desse questionário é identificar como o indivíduo acha que está a sua atenção e o seu comportamento em diferentes situações¹³. De maneira simplificada, permite avaliar se a pessoa está vivendo sob o comando do “piloto automático”, o que a impossibilita de lidar de forma flexível com os eventos circunstanciais. Quando assim, o indivíduo permite-se ficar imerso em seus pensamentos e sentimentos sobre o passado ou futuro e acaba perdendo contato com o que está de fato acontecendo no momento presente. Pode ser doloroso ao obeso lembrar-se de acontecimentos em seu passado que o deixaram envergonhado, triste ou inseguro, assim como pode ser difícil pensar em possíveis dietas restritivas que ele deveria fazer para atingir seu

objetivo de ser aceito socialmente. Desses sentimentos surgem as esquivas da vivência emocional¹⁷, uma tentativa adaptativa de fugir daquilo que o aborrece e o faz adoecer da mente.

Há diferentes formas de se abordar a atenção plena. Alguns programas incluem muitas tarefas de casa. O *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) como treino de redução de estresse, por exemplo, é constituído desde exercícios formais, como a varredura mental do corpo, em que cada parte do corpo deve ser observada, de modo a aprender a estar atento em diferentes posições corporais. Quando a pessoa se distrai, reconhece a distração e logo volta a atenção para o que estava fazendo. O intuito é que o indivíduo aprenda a aceitar, sem fazer maiores julgamentos de valor, as distrações, sem se deixar ser comandado por elas. Técnicas formais de meditação, alongamento e yoga também podem ser utilizados, pois também permitem a observação consciente do que acontece no presente. Há também exercícios informais, situações cotidianas intencionalmente vividas de forma consciente, sem julgar ou racionalizar, como sair com os amigos, trabalhar, comer, fazer exercícios, ou qualquer outra atividade. Quando o indivíduo sai do “controle automático” é possível que ele lide de maneira criativa com as situações cotidianas, sendo mais fácil ter autocontrole diante de situações. De maneira exemplificada, uma pessoa, ao fazer uma refeição de maneira consciente, saboreando e visualizando seu alimento, terá mais facilidade em negar a sobremesa, pois tem consciência plena de que já se alimentou daquilo que precisava e que não precisa de mais.

A AP é uma das formas de modificar o estilo de vida do paciente obeso. Estilo de vida, por sua vez, refere-se aos aspectos comportamentais de um indivíduo ou grupo, os quais podem ser demonstrados por padrões, sejam eles de consumo, rotinas ou hábitos. Esses padrões são a tradução da forma pela qual as pessoas veem o mundo e, conseqüentemente, comportam-se e fazem escolhas¹⁸. Sendo assim, para um obeso, adquirir um estilo de vida saudável certamente não está limitado à adoção de uma dieta dita equilibrada e à prática regular de exercícios físicos. Hábitos, uma vez adotados, são bastante difíceis de serem modificados. Os pacientes obesos têm, assim, dois caminhos a percorrer: o abandono de comportamentos sabidamente deletérios à sua saúde, tanto física quanto mental, e a adoção de uma nova rotina, constituída de elementos que o ajudarão não somente a perder peso, mas a fazê-lo de maneira sustentada¹⁹.

9.5 Terapia cognitivo comportamental

Apesar de comprovada a eficácia da cirurgia bariátrica para tratamento de obesidade, a manutenção dos resultados a longo prazo costuma não ser possível se essa abordagem for instaurada isoladamente. A TCC é uma das estratégias mais eficazes para prover uma mudança sustentada dos hábitos de vida do indivíduo obeso. Através dela o paciente se torna capaz de modificar pensamentos disfuncionais sobre seu peso, alimentação e valor pessoal e aprende a lidar com emoções e como elas afetam o seu comportamento²⁰. É baseada na análise e modificação de comportamentos deletérios no estilo de vida do paciente e, para isso, desconstrói crenças sobre alimentação e dietas e as substitui por outras mais funcionais.

O foco da terapia está no pensamento, de maneira que as mudanças terapêuticas acontecem na medida em que formas disfuncionais do pensar são alteradas. Com a ajuda do profissional treinado em TCC, o paciente pode passar a ter interpretações mais realistas dos eventos, aprendendo a agir quando estiver diante de circunstâncias que o estressem, cansem, chateiem, aborreçam e entediem. Esses eventos, os quais podem ser neutros, positivos ou negativos, são avaliados pelo indivíduo e isso dará origem a um tipo de resposta, seja emocional seja comportamental²¹. O fim de um relacionamento amoroso, por exemplo, pode contribuir para episódios de compulsão alimentar em um certo indivíduo. O principal objetivo da terapia, portanto, é que o paciente identifique os estímulos que antecedem a compulsão, assim como situações que dificultem a aderência ao tratamento, e crie maneiras de contorná-los. É fundamental que terapeuta e paciente identifiquem esses problemas relacionados ao excesso de peso e busquem possíveis soluções e estratégias, apliquem-nas no dia-a-dia do paciente, testem sua eficácia, rediscutam-nas e selecionem aquelas que deveras levaram à modificação de comportamento. A associação de estratégias cognitivas, comportamentais, educacionais e motivacionais parece ser o melhor caminho para a manutenção do comportamento saudável a longo prazo.

Em um protocolo de tratamento “transdiagnóstico”, Fairburn et al desenvolveram a TCC com tratamento ampliado (TCC-A), a qual é aplicável a todos os tipos de transtornos alimentares reconhecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5), da *American Psychological Association* (APA), incluindo o transtorno de compulsão alimentar. A maioria das pessoas que possuem esse transtorno tem sobrepeso ou obesidade. A TCC-A é um tratamento ambulatorial e extremamente individualizado, de curto prazo, sendo geralmente suficientes 20 sessões de 50 minutos. É preferível que

seja realizada por um profissional bem informado sobre psicopatologia dos transtornos alimentares. É importante salientar que o manejo aqui apresentado destina-se aos pacientes com IMC até 40²¹.

Após avaliação inicial, a qual pode ser dividida em duas consultas com uma ou duas semanas de intervalo, a TCC-A poderá ser recomendada. Contraindicações ao seu início imediato são: depressão clínica comórbida, uso incorreto e significativo de substâncias, dificuldades ou crises graves na vida, incapacidade de comparecer ao tratamento e ausência do terapeuta. É necessário, em um primeiro momento, que haja uma descrição correta do tratamento ao paciente, para que ele tenha a oportunidade de decidir pelo seguimento. A TCC-A é estruturada em estágios²¹.

O Estágio 1 possui como objetivos envolver o paciente no tratamento e estimular a mudança, criar com o paciente uma formulação dos processos que mantêm o transtorno (superestimação da forma e do peso, eventos de humor, entre outros), educar quanto à sua condição, abordar as preocupações com o peso e imagem corporal e introduzir um padrão de alimentação regular^{21,22}. O paciente deve comer em intervalos regulares ao longo do dia, sendo seus hábitos alimentares extremamente limitados às refeições e lanches preestabelecidos. É nesse estágio em que é estabelecido o automonitoramento em tempo real, no qual se registra tudo o que se come ou bebe, onde faz as refeições, o horário, o contexto e comentários. É importante tanto porque ajuda o paciente a identificar precisamente como são seus hábitos alimentares, como porque, ao proporcionar essa consciência clara sobre os seus pensamentos e comportamentos no momento em que estão acontecendo, dá ao indivíduo a opção de não escolher coisas que antes ele considerava automáticas, como não aguentar comer apenas um doce, “precisar” comer todos do pacote. Há uma sessão inicial de preparação, que costuma levar até 2 horas, a qual é seguida por consultas que acontecem duas vezes por semana, durante quatro semanas²¹.

O Estágio 2, por sua vez, tem como objetivos realizar uma análise conjunta dos avanços, revisar a formulação criada, se necessário, e preparar o Estágio 3. Esta etapa tem sua importância no fato de que as mudanças que acontecem nas primeiras semanas de tratamento são preditoras dos resultados finais. É preciso reconhecer logo no início do tratamento se as mudanças estão sendo limitadas para que as adaptações necessárias sejam feitas. Sua duração é de, geralmente, duas consultas, com uma semana de intervalo²¹.

O Estágio 3 é a parte central do tratamento, a partir do qual o tratamento se torna muito individualizado. O objetivo é detalhar e abordar os mecanismos mantenedores do transtorno alimentar do

paciente, como superestimação da forma e do peso, superestimação do controle sobre comer e mudanças na alimentação relacionadas a humor e eventos, por exemplo. Cada um desses casos merece uma abordagem diferente. Caso seja identificada a superestimação da forma e do peso, é necessário que identifiquem-se também suas consequências para que se possa desenvolver domínios de autoavaliação marginalizados - família e trabalho, por exemplo -, abordar a verificação do corpo - tem como objetivo fazer com que o paciente entenda que as verificações do próprio corpo, comparando com os corpos de outras pessoas, produziram informações tendenciosas e enganosas sobre a realidade - a evitação do corpo -, é função do terapeuta ajudar o paciente a acostumar-se com a visão do seu próprio corpo e a fazer comparações justas com os corpos de outras pessoas - e o “sentir-se gordo” - o terapeuta deve explorar o fato de que o “sentir-se gordo” difere de “ser gordo” e é, na maioria das vezes, desencadeado por alguma circunstância negativa. Caso o paciente possua mudanças alimentares relacionadas a eventos e humores, deve ser treinado com uma variante da TCC: a solução proativa de problemas. No Estágio 3 devem acontecer oito consultas, uma por semana²¹.

Por fim, o Estágio 4 tem como objetivos garantir que as mudanças conquistadas ao longo do tratamento sejam mantidas e ampliadas e minimizar os riscos de recaída. O primeiro passo é revisar os avanços, assim como foi feito no Estágio 2. Além disso, é importante educar o paciente sobre o risco de recaída, explicitando prováveis gatilhos, enfatizar a importância de detectar problemas precocemente e construir um plano de ação para ser usado a longo prazo, caso surja algum problema. Após 20 semanas da finalização do tratamento, uma consulta de revisão deve ser realizada²¹.

O desfecho almejado na TCC é a modificação do sistema de crenças e pensamentos disfuncionais do paciente com relação ao peso e à alimentação. Alguns exemplos de distorções cognitivas comuns nesses pacientes são a abstração seletiva (prestar atenção e dar mais valor às informações que confirmem suas suposições, como acreditar que é incapaz por ter comido um doce), pensamento tudo ou nada (pensar em termos absolutistas e extremos, como alimentos proibidos e permitidos) e pensamento supersticioso (acreditar que há relação de causa e efeito entre eventos não contingentes, como ir ao shopping e sair da dieta)²³. Transformados esses pensamentos, o indivíduo obeso passa a ter um melhor relacionamento consigo mesmo e com a comida, tornando possível a perda de peso mantida a longo prazo.

Ainda há muitas lacunas de conhecimento sobre a TCC, existindo a necessidade de estudos de longo prazo, bem controlados para examinar-se rigorosamente o efeito da modificação sobre a perda de peso²³.

É de grande importância que o paciente mantenha contato com o profissional de saúde mental após o término do tratamento, para que tenha a segurança de que pode e deve buscar ajuda sempre que necessário. O suporte social da família, amigos, clínicos, dentre outros, pode auxiliar na perda de peso. Existem grupos terapêuticos (conduzidos por profissional de saúde mental), educacionais (conduzidos por ex-pacientes, nutricionistas, assistentes sociais) e de autoajuda, como os Comedores Compulsivos Anônimos (CCA)⁴.

Referências

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9th ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington: Artmed; 2013.
3. Melca IA, Fortes S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2014; 13(1): 18-25.
4. Flores CA. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014; 27(Supl 1):59-62.
5. Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica* [Internet]. 2004 [cited 2016 jun 12]; 3:533-50. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300010&script=sci_arttext
6. Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl III):63-7.
7. USP-Ribeirão Preto. *Protocolo de funcionamento do centro de cirurgia bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (CCB do HCFMRP-USP)*. 2009;1-47.
8. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 8a REGIÃO. *Avaliação psicológica no contexto da cirurgia bariátrica: orientações aos profissionais*. 2010. p. 1-2.
9. Greenberg I, Perna F, Kaplan M, Sullivan MA. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity sur-

- gery patients. *Obes Res* [Internet]. 2005 [cited 2016 jun 12]; 13(2):244-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15800280>
10. Carmo I, Fagundes MJ, Camolas J. Cirurgia bariátrica. *Rev Port Cir.* 2008; 4(II):43-50.
11. Bahls SC, Navolar ABB. Terapia Cognitivo-Comportais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Rev Eletrônica Psicol.* 2004; 4:1-11.
12. Contento IR, Michela JL, Williams SS. Adolescent Food Choice Criteria: Role of Weight and Dieting Status. *Appetite.* 1995; 25(1):51-76.
13. Hirayama MS, Milani D, Cunha Matheus Rodrigues R, Costa Alexandre NM. A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(9):3899-914.
14. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 2004; 11(3): 230-41.
15. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. *Obes Rev.* 2014;15(6):453-61.
16. Daubenmier J, Moran PJ, Kristeller J, Acree M, Bacchetti P, Kemeny ME, et al. Effects of a mindfulness-based weight loss intervention in adults with obesity: A randomized clinical trial. *Obesity.* 2016; 24(4):794-804.
17. Vandenberghe L, Aquino de Sousa AC. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Rev Bras Ter Cogn.* 2006; 2(1):35-44.
18. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc saúde coletiva.* 2004; 9(4):865-884
19. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica.* 2002; 20(4):611-24.
20. Elias E. Obesidade No Tratamento Com Terapia Cognitiva Comportamental: Uma Revisão Bibliográfica [monografia]. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC; 2013.

21. Fairburn CG, Cooper Z. Transtornos Alimentares: Um protocolo transdiagnóstico. In: Fairburn, CG, Cooper Z. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 665-95.
22. Luz FQ da, Oliveira M da S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade : uma revisão da literatura. Aletheia. 2013; 40:159-73.
23. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Obesidade: Terapia Cognitivo- Comportamental Projeto Diretrizes. Proj Diretrizes. 2005; 1-10.
24. Martins AMC de O, Lucion NK, Rosa SW. Psicoterapia dirigida ao insight em pacientes com personalidade obsessiva. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 1986; 8(1):44-8.
25. Silva L, Rumin CR. A compulsão e a abordagem em psicoterapia breve. Rev OMNIA Saúde. 2009; 6.
26. Abel M. O insight na psicanálise. Psicol Ciência e Profissão. 2003; 3(4):22-31.
27. Jeffrey RW, Wing RR, French SA. Weight cycling and cardiovascular risk factors in obese men and women. Am J Clin Nutr. 1992; 55(3):641-4.

Equipe Coadjuvante no Tratamento da Obesidade

REBECCA COSTA CARVALHO¹

CAIO GERMANO MARTINS DE MEDEIROS ARAÚJO²

NAYYARA MÁRCIA FERREIRA CARREIRO³

DANILO MICAEL LUCENA E CARVALHO⁴

¹ Discente do Curso de Fisioterapia-UFPB

² Discente do Curso de Odontologia-UFPB

³ Discente do Curso de Medicina-UFPB

⁴ Residente em Cirurgia Geral e Graduado em Medicina-UFCG

10.1 A relevância do tratamento coadjuvante na perda de peso

A equipe coadjuvante é de grande relevância no auxílio da manutenção do peso que foi perdido, considerando que muitos pacientes interrompem o tratamento antes mesmo de receberem orientações sobre como continuar o tratamento. A atuação em conjunto desses profissionais proporciona ao paciente um tratamento diferencial, pois ele corresponderá a cada especificidade do indivíduo, que é o protagonista da ação. Dessa forma, a adesão do paciente ao tratamento é o fator crucial para que os objetivos sejam alcançados.

Os profissionais coadjuvantes deverão ter uma percepção integral do perfil do obeso, considerando o histórico de tentativas frustradas de perda de peso, tentativas como “dieta alimentar restritiva, a utilização de fármacos, chás e outros produtos, conselhos alimentares alvitados pelas revistas cor-de-rosa ou a pareceres de amigos e/ou familiares”¹. Alguns fatores devem ser considerados: portar a obesidade ainda jovem, baixa escolaridade, dificuldade de aderir à nova dieta, perda de peso insatisfatória e o aumento de peso recorrente estão associados com os índices de desistência e não adesão ao tratamento².

É importante destacar que a atuação da equipe associada ocorre por meio da combinação da terapia dietética, orientada pelo nutricionista, através de modificações no padrão alimentar visando à redução do aporte energético, como também utilizando a prática do exercício físico, orientada e conduzida pelo profissional de educação física, com o mesmo propósito, a perda de gordura corporal e manutenção do peso em longo prazo. Outro aspecto é o controle e redução de distúrbios da mecânica respiratória por meio da in-

tervenção do fisioterapeuta viabilizada pelo uso de técnicas mecânicas. E, por fim, a equipe coadjuvante fomentará a adaptação do ex-obeso e obeso mórbido ao novo estilo de vida, a superar as limitações funcionais e/ou dificuldade na inserção e participação na vida social, familiares e amigos¹. A equipe associada compreende profissionais que atuarão de maneira integrada com a equipe permanente e é composta por fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, odontólogo e terapeuta ocupacional.

10.2 Educador físico: plano de treinamento para redução de peso

O profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações. De acordo com o estatuto do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF): “Compete exclusivamente ao profissional de educação física, coordenar, planejar, programar, prescrever, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, orientar, ensinar, conduzir, treinar, administrar, implantar, implementar, ministrar, analisar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas, desportivas e similares”.

“Atividade física é definida como o movimento corporal produzido por contrações do músculo esquelético que resulta em um incremento de gasto energético além dos níveis de repouso; o exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física e é toda a atividade planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física”³.

Os benefícios da prática da atividade física são a diminuição do risco de doenças cardiovasculares, por melhorar o perfil das lipoproteínas, proteína C reativa (PCR) e outros biomarcadores coronarianos; melhorar a sensibilidade à insulina; aumentar a capacidade cardiorrespiratória; melhorar a flexibilidade; fortalecer a musculatura; preservar a massa óssea e reduzir o risco de queda por favorecer o ajuste da postura e um melhor equilíbrio estático e dinâmico; trazer o equilíbrio para a composição de gordura corporal e levar a pessoa a ter uma imagem melhor de si mesma, sendo forma de prevenção e tratamento para transtornos depressivos e de ansiedade; aumentar a sensação de "energia", bem-estar, qualidade de vida e estar associada com um risco menor de declínio cognitivo e demência⁴⁻⁶.

O aumento de peso acontece de forma gradual seja pelo há-

bito de vida que uma pessoa leva (fatores exógenos) e/ou também possuir predisposição para esse acúmulo mais rápido (fatores endógenos). As alterações decorrentes desse processo podem levar o indivíduo a um estado de inferioridade e desmerecimento psicológico. Ocorre então a manifestação de traços depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de contentamento e sensação de desarmonia social relacionada com a perda da forma física considerada bela e padrão pela sociedade⁷. Nisso vemos refletida a dificuldade que existe de se iniciar a prática de atividade física, e ela é muito maior no portador de obesidade³.

A manutenção do peso corporal depende do balanço energético que, por sua vez, é determinado pela ingestão energética e pelo gasto energético⁸. O exercício físico se torna fundamental para uma abordagem terapêutica eficiente no combate à obesidade por favorecer o componente relacionado ao gasto energético. Ou seja, a regra geral e simples para perder peso de maneira saudável é estabelecer um balanço energético negativo. Em outras palavras, trata-se de gastar mais calorias (energia) do que consumir. Portanto, o exercício atuará no incremento da perda calórica e a dieta determinará a limitação da ingesta calórica.

Por esses e demais benefícios se faz importante, durante o tratamento de sobrepeso e obesidade, a prática de exercícios físicos, pois como já vimos é por meio dela que ocorrerá a redução de peso, reversão do quadro de risco cardiovascular/cardiorrespiratório e melhora da qualidade de vida. O educador físico é o profissional responsável por desenvolver o plano para que esses objetivos sejam alcançados, ele deve fazer avaliação do seu paciente de forma minuciosa, sendo conhecedor do histórico da progressão da doença, dos hábitos de vida da pessoa, das alterações anatômicas, das comorbidades já presentes e as dificuldades que a pessoa pode apresentar frente à manutenção da prática. Todos esses aspectos são fatores importantes para que seja escolhido o plano de treinamento que melhor se encaixe e tenha maior chance de adesão.

São preconizadas duas modalidades de exercícios benéficos no processo da perda de peso, os exercícios aeróbios e os anaeróbios. Exercícios aeróbios referem-se às contrações dinâmicas de grandes grupos musculares em tensões relativamente baixas, na presença de oxigênio suficiente para permitir a continuidade do exercício por vários minutos. Exercícios de resistência são atividades físicas desenvolvidas predominantemente por meio de exercícios anaeróbicos, utilizando resistências progressivas por meio de materiais ou o próprio corpo^{1,9}. Atualmente o meio científico tem discutido qual modalidade de exercício é mais eficaz para o auxílio

na redução de peso e o *American College Sports of Medicine* (ACSM) reuniu dados da *American Heart Association* (AHA) para esclarecer recomendações de saúde pública para a atividade física. O objetivo deste posicionamento é oferecer recomendações baseadas em evidências científicas para educadores físicos e profissionais de saúde no desenvolvimento de prescrições de exercícios para esse fim².

O ACSM recomenda o exercício aeróbico deve ser a base da abordagem, mas também pode-se envolver exercícios contra resistência e de flexibilidade na prescrição. A frequência de exercício deve abranger, pelo menos, cinco dias por semana e a intensidade deve ser moderada, iniciando com 40 a 60% do consumo máximo de oxigênio. O tempo de exercício deve ser de 150 a 300 minutos por semana. Ou seja, deve-se iniciar com, pelo menos, 30 minutos por dia e ir progredindo até alcançar 60 minutos diários de atividade aeróbica de intensidade moderada, envolvendo os principais grupos musculares⁸.

O limiar de intensidade do exercício é um fator importante para o bom desempenho da atividade, pode variar dependendo do nível de condicionamento físico de cada indivíduo e, no momento da elaboração do plano de treinamento, esse valor deve ser mensurado para que se siga o princípio da sobrecarga que diz que exercício abaixo de uma intensidade mínima, ou limiar, não desafiará o corpo o suficiente para resultar em aumento do consumo de oxigênio máximo e melhorias em outros parâmetros fisiológicos⁵. De maneira prática, pode-se determinar, indiretamente, a intensidade do exercício utilizando a frequência cardíaca do indivíduo. Uma intensidade moderada (indicada para a perda de peso) representa um esforço que eleve a frequência cardíaca de repouso até 50 a 70% da frequência cardíaca máxima (FCmáx). Pode-se estimar a FCmáx subtraindo-se o valor numérico (em anos) da idade do indivíduo do valor de 220, ou seja, $220 - \text{idade (anos)}$. Por exemplo, para um indivíduo de 40 anos, a FCmáx estimada seria de 180 batimentos por minuto ($220 - 40$). Para esse indivíduo treinar em uma intensidade que favoreça a perda de peso, o esforço físico deve induzir uma frequência cardíaca entre 90 (50% da FCmáx) e 126 (70% da FCmáx), ou seja, o exercício deve se manter, a maior parte do tempo, com o coração em uma frequência cardíaca média de 108 batimentos por minuto (valor médio entre 90 e 126).

Um plano de treinamento traçado para o paciente portador de obesidade mórbida possuirá todos os componentes que já foram anteriormente citados, porém se fazem necessárias algumas especificações para que o objetivo seja alcançado. Como o foco é a diminuição da gordura corporal é preciso levar em consideração a avaliação médica, nutricional e funcional desse paciente. Inicialmente deve ser feita uma avaliação que teste os componentes metabólicos, cardiorrespiratórios

e musculares avaliando a mobilidade/flexibilidade, estabilidade/equilíbrio e força. Esses dados darão ao educador físico o suporte para o planejamento de um treino específico e individualizado.

Não somente o fator psicológico leva o portador de obesidade a não praticar atividades físicas, o seu corpo é o primeiro obstáculo que ele deve vencer, pois, devido à carga de gordura corporal, eles apresentam doenças osteomioarticulares e cardiorrespiratórias que, dependendo da gravidade, podem ser até mesmo contraindicações para alguns tipos de atividades. Assim, ao iniciar um programa de exercícios, o foco será o desenvolvimento de uma capacidade cardiorrespiratória e muscular por meio da associação de exercícios aeróbios e de resistência. Portanto uma frequência de exercícios de 5 a 7 dias por semana, com intensidade inicialmente moderada, podendo progredir para intensidades mais elevadas, constitui um plano de treinamento ideal para o indivíduo que busca a redução de gordura corporal.

“As pessoas podem vencer a batalha para controlar o peso e a obesidade não apenas entendendo a razão pela qual comem e monitorando atentamente a sua ingestão alimentar, mas também incorporando mais atividade física ao seu estilo de vida”¹⁰. A decisão de mudar o estilo de vida, trocar hábitos prejudiciais e viciosos por uma rotina diária de superação, a busca por ajuda especializada são os principais componentes para que o plano de treinamento seja eficiente.

10.3 Fisioterapeuta: tratamento dos distúrbios do sono em pacientes obesos

A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais por meio de técnicas terapêuticas. O profissional fisioterapeuta é habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, à prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente, bem como ao acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e às condições para alta do serviço segundo o Decreto-Lei 938/69 de 13 de outubro de 1969, Lei 6.316/75 de 17 de dezembro de 1975.

O excesso de tecido adiposo na cavidade abdominal causa deformações corporais devido ao reajuste que o corpo precisa fazer para armazená-la. O tecido adiposo subcutâneo é constituído pela gordura localizada anteriormente à parede muscular abdominal e está relacionado a doenças por aumento da produção de ácidos graxos, enquanto o tecido adiposo visceral corresponde à gordura intra e extraperitoneal, causa das alterações metabólicas da obesidade¹¹.

A deposição central de tecido adiposo pode gerar problemas mecânicos para ventilação pulmonar, interferindo no funcionamen-

to sincrônico da parede torácica, complacência pulmonar, tônus e força da musculatura primária e acessória da respiração e no formato do diafragma, que deve manter-se arciforme. A deposição de tecido adiposo no tórax e abdômen compromete estruturas como a musculatura acessória da respiração, diafragma e pleura, o que leva à diminuição da complacência da parede torácica e pulmonar, aumento da retração elástica, redução da distensibilidade das estruturas extrapulmonares, elevação do diafragma e hipertonia muscular¹². Conforme o IMC aumenta o volume expiratório forçado, a capacidade vital forçada, a capacidade pulmonar total, o volume de reserva expiratório e a capacidade residual funcional diminuem, sendo que em decúbito dorsal o comprometimento desses volumes é maior¹³.

Os distúrbios respiratórios relacionados ao sono incluem a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS). “Caracteriza-se como síndrome da apneia obstrutiva do sono a obstrução da via aérea superior, por período igual ou até mesmo maior que 10 segundos, que resulta em dessaturação de oxigênio e distúrbios do sono”¹⁴.

Os seguintes fatores podem desencadear ou agravar a apneia obstrutiva do sono, como gordura cervical, índice de massa corporal (IMC) elevado, posição supina, alterações craniofaciais, flacidez da musculatura faríngea devido ao aumento da deposição de gordura que levará a um desequilíbrio entre dilatação e oclusão da faringe, volume da língua e tonsilas palatinas aumentadas, por isso ela está tão intimamente relacionada à obesidade¹¹. Um estudo realizado pela Rede Médicos Sentinela em 2014 apresentou que ser do sexo masculino e ser obeso associou-se a um maior risco de ter um quadro de apneia obstrutiva¹⁵.

Durante o sono, a atividade tônica e fásica dos músculos da faringe, coordenada pelo sistema nervoso central (SNC), se encontra reduzida, facilitando o fechamento das vias aéreas superiores, levando então ao declínio da ventilação e, nos casos de apneia do sono, à hipoxemia^{15,16}. No decorrer de cada evento obstrutivo, a musculatura dilatadora da faringe busca a abertura da via aérea, ocorrendo então os roncos altos e descontínuos, respiração oral, agitação, movimentação brusca do corpo com intuito de restabelecer a respiração, sudorese profunda; durante a vigília, cansaço crônico, cefaléia matinal e redução do desempenho motor e intelectual¹².

O diagnóstico das doenças respiratórias do sono é feito por meio da avaliação clínica e polissonografia completa de laboratório, que consiste na avaliação de parâmetros característicos do sono como despertar, movimentos de membros, saturação de oxigênio e eventos respiratórios de qualquer natureza. O índice de hipopneia e apneia determina a gravidade da doença, dividido o número de

eventos respiratórios pelas horas de sono, é considerado: a) normal 0 a 5 eventos/hora; b) leve: 5 a 15 eventos/hora; c) moderada 15 a 30 eventos/hora; e d) grave maior ou igual a 30 eventos/hora¹⁷.

O tratamento dessas doenças é multidisciplinar, envolvendo profissionais de diversas especialidades da área da saúde. A fisioterapia, trabalhando conjuntamente com os demais profissionais, proporcionará ao paciente a oportunidade de melhora na qualidade de vida.

Como já citado anteriormente, o portador de obesidade apresenta um déficit alto nos padrões ventilatórios e, com isso, desenvolve comorbidades que afetam seu equilíbrio biopsicossocial. Portanto, os objetivos gerais da intervenção serão restabelecer e/ou manter as capacidades e volumes respiratórios do paciente, aumentar a força da musculatura acessória da respiração, promover a reeducação do padrão respiratório e auxiliar na promoção de uma boa qualidade de sono.

A avaliação deve ser minuciosa e abarcar a maior quantidade de informações possíveis sobre a história da doença, queixas principais, hábitos de vida, comorbidades, posicionamento enquanto dorme, alterações anatômicas e aplicação dos seguintes questionários: questionário de Berlim (que classifica o risco da apneia obstrutiva do sono), o índice de qualidade do sono de Pittsburgh (avalia a qualidade do sono nos últimos 30 dias) e a escala de sonolência de Epworth (avalia a sonolência diurna). Ele deve ter conhecimento dos dados da polissonografia para assim determinar o distúrbio prevalente e escolher a modalidade ventilatória mais adequada para o paciente. A escolha da modalidade ventilatória inadequada pode repercutir em complicações do quadro clínico do paciente e comprometer o sucesso do tratamento¹⁷.

A pressão positiva na via aérea é considerada tratamento de primeira linha para os distúrbios respiratórios do sono, causando melhora em vários parâmetros cardiovasculares, metabólicos, cognitivos, neurológicos, dentre outros. O tratamento de escolha, principalmente para as alterações que se enquadram de moderada a grave, são pressão positiva contínua (CPAP) e pressão positiva com dois níveis (BIPAP).

O CPAP mantém as vias aéreas superiores patentes durante todo o período do sono, pois ele impõe uma pressão positiva expiratória durante todo o tempo da respiração espontânea. A melhora da oxigenação é devido ao aumento da capacidade residual funcional e redistribuição do fluxo sanguíneo pulmonar. Ele oferece um suporte pneumático para a traqueia, reduzindo os episódios de hipóxia, despertares e variação da pressão intra-torácica^{17,18}.

O BIPAP tem como objetivo a manutenção da abertura das vias aéreas superiores proporcionando um diferencial pressórico para estabilizar e/ou auxiliar na demanda ventilatória de pacientes com apneia central ou hipoventilação noturna. Ela proporciona o repouso da musculatura respiratória através da oferta de pressão positiva na fase inspiratória, diminuindo o trabalho respiratório, aumentando o volume corrente, reduzindo a frequência respiratória e com isso uma melhora na ventilação alveolar. A pressão positiva inspiratória (IPAP) reduz a limitação de fluxo causado pelo estreitamento das vias aéreas superiores durante o sono e aumenta o volume pulmonar, já a pressão positiva expiratória (EPAP) mantém as vias aéreas superiores abertas durante a exalação do ar, evitando o colapso¹⁸.

A escolha da interface é essencial, pois determinará como será a aceitação do paciente ao tratamento e a sua continuidade no mesmo. Máscaras oronasais, nasais, almofadas nasais ou *pillows* são as propostas de interface. As máscaras nasais são as mais indicadas. Por possuírem menor área de contato com o rosto, requerem menor pressão, apresentam menos áreas de vazamento e são economicamente mais viáveis. Em casos de pacientes com perda dentária, hipotonia da musculatura da face, pode ser associada o uso de queixiras ou até mesmo o uso de uma máscara oronasal¹⁹.

Sugere-se que inicialmente o paciente experimente o equipamento com a pressão titulada pelo aparelho, com uma rampa de 5 minutos para evitar desconfortos e avaliar a presença de vazamentos e o comportamento do paciente diante a interface²⁰. O fisioterapeuta deverá ficar atento a qualquer reação do paciente para que sejam feitos os ajustes necessários, sempre respeitando a vontade do paciente.

Em relação ao posicionamento no leito, é indicado o decúbito lateral, pois a posição supina favorece a queda da mandíbula e com isso o deslocamento da língua contra a parede posterior da faringe¹⁷.

Atualmente equipamentos apresentam tecnologias que proporcionam maior conforto para o usuário como o alívio expiratório, caracterizado por redução da pressão quando a mudança da inspiração para a expiração, que reduz a resistência a exalação do ar; rampa pressórica, que aumenta a pressão gradualmente e auxilia no início do sono; umidificador aquecido, que evita o ressecamento das vias aéreas¹⁷.

É necessária a conscientização do paciente quanto à manutenção da higiene do sono por meio da promoção de um ambiente agradável, escuro e silencioso: “evitar o calor e o frio excessivo no quarto, não dormir com fome, mas evitar refeições pesadas e praticar exercícios regularmente”¹⁹.

Os distúrbios respiratórios do sono são frequentes na população portadora de obesidade mórbida, mas seus sinais clínicos muitas

vezes negligenciados. Isso acontece devido à falta de orientação dos pacientes sobre como perceber essas alterações, qual profissional procurar, as formas de tratamento e também as formas de prevenção. A dificuldade de acesso a especialistas, exames e tratamentos por meio do Sistema Único de Saúde é outro fator agravante se considerarmos a população que não tem acesso a um plano de saúde e a população que o plano de saúde não cobre os serviços referentes a essa especialidade. A atuação da fisioterapia nessa especialidade ainda é discreta, mas esse cenário vem mudando. A Associação Brasileira em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia Intensiva (ASSOBRAFIR) criou, em 2014, a Comissão de Fisioterapia Aplicada aos Distúrbios do Sono, demarcando ainda mais o seu espaço nessa especialidade e mostrando a importância de sua atuação no acompanhamento desses pacientes.

10.4 Nutricionista: importância da reeducação alimentar na perda ponderal

O ato de alimentar-se entevê uma necessidade primária que o indivíduo necessita para manter-se vivo. A alimentação está correlacionada também aos âmbitos: religiosos, éticos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos, antropológicos, funcionais, etc. A ingestão alimentar abrange ainda fatores: biológicos, fisiopatológicos e denota a complexidade da regulação da ingesta alimentar em interação com balanço energético²².

Alimento e nutrientes são dimensões teoricamente dicotômicas, considerando que o alimento é a parte visual, extrínseca e atrativa, ao passo que os nutrientes não são perceptíveis, se trata da constituição interna, intrínseca dos alimentos, que têm a função da nutrição. Entretanto, vale advertir que o aumento da ingesta calórica constitui um dos principais fatores de riscos associados com a obesidade e seu progressivo avanço²³. Nesta conjuntura é importante a intervenção do nutricionista para assessorar a perda de peso e para que o conforto e melhoria na qualidade de vida do obeso possam ser conseguidos. A intercessão multidisciplinar dos profissionais coadjuvantes da saúde é a abordagem mais viável e eficiente para alcançar a perda de peso. Neste sentido, se destaca o protagonismo do nutricionista²³.

A profissão de nutricionista é recente no contexto brasileiro. A Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967, regulamentou esta carreira, com a finalidade de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional. Estabelece as funções que são privativas deste profissional, ou seja, tão somente o nutricionista pode exercer. Regula ainda o âmbito de atuação em múltiplas vertentes: no âmbito clínico (hospital, ambu-

latório e consultório de nutrição), na saúde coletiva (creches, escolas, casas de repouso e centros de saúde), na indústria de alimentos (marketing nutricional e desenvolvimento de produtos), na segurança alimentar (produção de alimentos em restaurantes, indústria e empresas produtoras de alimentos), e em áreas de consultoria e assessoria nutricional e nutrição esportiva. Como também atua em docência, pesquisa científica e projetos de extensão^{24,25}.

O nutricionista contribui significativamente no estado de saúde dos indivíduos e desempenha um papel fundamental no tratamento da obesidade através da reeducação nutricional, um pilar fundamental para garantir a eficácia em longo prazo do emagrecimento. Como estratégia, a dieta compõe um instrumento terapêutico relevante para lidar com sobrepeso a obesidade. Ao prescrever uma dieta é recomendável que o nutricionista instaure de forma objetiva as pautas e ritmos a seguir no que se refere à conduta alimentar. O plano dietético considerará as características pessoais: a singularidade do indivíduo, condição educacional e financeira, gênero/masculino/feminino, personalidade, idade, peso atual, objetivos pertinentes ao emagrecimento, grau de obesidade, tipo de alimentação, preferências alimentares, horários, nível de atividade física, laboral, etc. Estes dados facilitam a elaboração de uma dieta hipocalórica equilibrada, a qual varia de indivíduo para indivíduo²³⁻²⁵.

Adicionado a estes itens é viável a utilização das novas tecnologias disponíveis, a exemplo do aparelho de impedância bioelétrica ou bioimpedância (Figura 10.1), o qual permite medir a composição corporal, quantificando a massa corporal localizada, a massa livre de gordura, a água total e a massa muscular, possibilitando desta forma o acompanhamento e evolução do paciente obeso²⁵. A opção por esta tecnologia está justificada devido ao seu sistema eficaz de medição da composição corporal. Trata-se de um aparelho de grande versatilidade, considerando que para sua utilização o paciente simplesmente tem que descalçar-se, retirar as meias, subir na máquina, segurar os comandos com as mãos e realizar o exame, que possui grande fiabilidade²⁶.

As sociedades científicas: *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad* (SEEDO), *Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición* (SEEN) prescrevem as dietas hipocalóricas equilibradas, visando o tratamento da obesidade. Geralmente, estas dietas tem um aporte calórico total superior a 800 kcal diários e originam um déficit calórico entre 500 e 1000 kcal/dia. As dietas hipocalóricas convencionais conseguem uma perda ponderal de aproximadamente 8% do peso prévio em um período de 6-12 meses²⁵⁻²⁷.



A seguir se denota a constituição de uma dieta hipocalórica baseada nos princípios do equilíbrio e da alimentação saudável:

- Carboidratos: ingerir entre 45 e 55% do valor calórico total, entretanto nunca ingerir menos de 100 g/dia. Limitar-se-á o consumo de açúcares refinados (<10%) e manter o aporte de fibra alimentar (25-30 g/dia);
- Gorduras: comer entre 25 e 35% do valor calórico total, devido à elevada densidade energética das gorduras;
- Proteínas: utilizar de 10 a 15% do valor calórico total. Entretanto, em caso de dietas hipocalóricas com ingestas inferiores a 1500 kcal, pode ser que o percentual de proteínas diminua muito e seja insuficiente para garantir as necessidades mínimas de proteínas (0,8-1 g/kg de peso ajustado). Nesta situação é necessário elevar a quantidade até 25%. As proteínas contidas na dieta devem ser de qualidade e de alto valor biológico;
- Água: se recomenda uma ingestão de água abundante, evitando o risco de constipação e ao mesmo tempo mantendo-se hidratado; e
- Micronutrientes: as dietas hipocalóricas menores de 1500 kcal/dia podem apresentar carência de ferro, manganésio e

uma série de vitaminas: D, E, B1, B2, B3 e B6. Por esta razão, faz sentido suplementar estas dietas com preparados vitamínicos. Na elaboração da dieta, é essencial observar os diferentes grupos de alimentos:

- Leite e produtos lácteos: assegura que o aporte de cálcio cubra as necessidades diárias. Entretanto, se indica selecionar os produtos lácteos desnatados e consumir de 2 a 3 porções ao dia;
- Cereais integrais, legumes e tubérculos: este grupo de alimentos compõe o aporte principal de carboidratos complexos e são fontes de proteínas de origem vegetal, vitaminas, minerais e fibras. Muitos obesos que fazem dieta eliminam o consumo destes gêneros por ter uma concepção errônea quanto a sua ingesta. Recomenda-se nestas dietas hipocalóricas consumir 3-6 pequenas porções ao dia;
- Verduras: a maioria delas pode ser consumida sem grande restrição, uma vez que conservam baixa densidade calórica. É imprescindível iniciar o consumo desde a primeira infância. Recomenda-se consumir 3-4 porções de verduras ao dia e que uma das porções seja crua;
- Frutas: se aconselha consumir 2-3 porções ao dia, e restringir a ingesta da banana, da uva, do abacate e dos sucos industrializados e eliminar os refrigerantes;
- Carnes, peixes e ovos: por uma parte se deve reduzir a ingesta de carne vermelha e derivados ricos em gordura (presuntos, linguiças, salsichas, etc.) e, por outro lado, se estimula consumir carnes magras (como frango, pato, peru, coelho e outros). O pescado branco possui menor quantidade de gordura que o azul. Contudo, os pescados azuis não devem ser eliminados da dieta, considerando que são ricos em ômega-3. Adverte-se ingerir um pouco de proteína no almoço e no jantar para alcançar as recomendações proteicas diárias; e
- Gorduras e azeites: devido à alta densidade calórica, é importante limitar o consumo deste grupo de alimentos. Sugere-se cozinhar com pouca gordura. Ademais eliminar os molhos, frituras e empanados. Orienta-se um consumo máximo de 2-3 colheres de óleo ao dia e que seja preferencialmente: de coco, de oliva ou extra virgem²⁵⁻²⁷.

Em contrapartida, as dietas hipocalóricas desequilibradas^{26,27} se caracterizam por ser distorcidas em macronutrientes, pode-se encontrar diversos tipos destas em função da porcentagem de macronutriente que se modifique:

- Dietas com um conteúdo elevado de proteínas e gordura, e baixas em carboidratos (<20%). Se caracterizam pela supressão do apetite e a cetogênese que produzem. Vale ressaltar que provocam um déficit em vitamina C, aumentam os níveis de ácido úrico e colesterol e podem provocar náuseas, hipotensão, fadiga, etc;
- Dietas com um baixo conteúdo em gorduras (20-25%) e elevadas em proteínas (40-45%). Apresentam déficit em vitamina A e C, ferro e tiamina; e
- Dietas com alto teor em carboidratos, baixa quantidade de proteínas (25 g) e gorduras (<10%). Também são deficitárias em ferro, ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis²⁶⁻²⁹.

Assim, ao adotar uma dieta “X” visando à perda de peso sem acompanhamento nutricional, é possível que se alcance o emagrecimento. Todavia, pode gerar ampla vulnerabilidade a enfermidades, alterações graves orgânicas, déficit em vitaminas, etc. Não obstante, o mais inadequado, é que não provoca uma reeducação alimentar e obviamente não ensina a comer de forma assertiva.

A seguir se elencam algumas recomendações indicadas por alguns nutricionistas, para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis evitando a obesidade: quanto maior a variedade de alimentos que compor a dieta, maior será a possibilidade de que a alimentação seja equilibrada e contenha quase todos os nutrientes necessários; limitar o consumo de produtos ricos em açúcares, como bombons, chicletes, doces em geral e refrigerantes, dentre outros; evitar sempre comer entre as refeições; reduzir o sal nas comidas, utilizando preferencialmente o sal do Himalaia; saciar a sede com água, tomando entre um e dois litros de água por dia; atenuar a ingesta de alimentos de elevada densidade energética, controlar o tamanho das porções, fracionar a alimentação durante o dia e diminuir a ingesta noturna; diminuir a gordura corporal e preservar ao máximo a massa magra²⁶⁻³⁰.

O nutricionista é um profissional sanitário de grande relevância na operacionalização de ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde, fomentando a necessidade de alteração do estilo de vida e principalmente dos hábitos alimentares, que são pré-requisitos fundamentais para iniciar uma mudança dietética. A dieta constitui um dos pilares fundamentais tanto na prevenção como no tratamento do obeso visando à perda de peso e o reestabelecimento da saúde. A condição primordial para realizar uma dieta de emagrecimento com segurança é a orientação de um nutricionista para que não se trate apenas de uma perda de peso e mudança temporal, mas de uma fundamental transformação no

estilo de vida para alcançar, assim, uma vida mais longa e saudável sem a obesidade e suas comorbidades²⁶⁻³¹.

Enfim, é inegável a importância dos atores da saúde coadjuvantes no tratamento do obeso. A obesidade não corresponde apenas a um problema estético. Perder peso se considera prioritariamente uma questão de saúde e longevidade. Esta patologia tem sua origem multifatorial e fomenta a gênese de outras enfermidades que comprometem a saúde e geralmente constituem a causa de excessivas complicações no organismo do obeso que podem conduzir ao óbito³⁰⁻³².

Neste contexto, é fundamental a busca pela perda ponderal e concomitantemente a mitigação e/ou erradicação das consequências da obesidade, a partir de objetivos e metas realistas e efetivas para alcançar o êxito. O novo paradigma busca uma perspectiva saudável de vida, estabelecendo a diferença entre o bem-estar e a disforia. Esta transformação e a aquisição de hábitos saudáveis são extremamente importantes como estratégias de emagrecimento, reduzindo os riscos de danos mais severos à saúde do indivíduo obeso.

10.5 Odontólogo: educação em saúde bucal

A obesidade encontra-se relacionada a algumas alterações no sistema estomatognático, representadas por doenças infecciosas como: cárie dentária e doença periodontal, e outras como halitose e alteração do fluxo salivar. Além dessas, também ocorrem impactos negativos causados na mastigação, proporcionados por alterações na dieta, ao se deixar de consumir alimentos ricos em nutrientes por outros com teores de açúcares elevados e presença de gorduras saturadas.

Ao longo dos anos, a odontologia tem diversificado as abordagens nos processos saúde-doença, deixando de ser um conjunto de procedimentos tecnicistas, meramente curativa, para implementar a educação em saúde bucal através de métodos que buscam a prevenção e um atendimento mais humanizado. A educação compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento, abrangendo elementos que proporcionam risco, e de preservação à saúde bucal, de maneira que permite às pessoas transformarem suas práticas, buscando o empoderamento do conhecimento, que constitui um importante meio na prevenção de doenças bucais³³.

As mudanças decorridas com o passar dos anos trouxeram uma nova visão sobre o tratamento odontológico, o que possibilitou a elaboração de uma sequência de procedimentos com o intuito de diminuir o número de microorganismos cariogênicos na boca de um modo menos invasivo, denominado de adequação de meio. Esta téc-

nica consiste em remover os nichos retentivos através da adequação das cavidades acometidas por lesões cariosas, retirando todo o tecido desmineralizado e eliminando por completo os focos de infecção presentes. Normalmente, a remoção deste tecido cariado é realizada através de instrumentos manuais, contudo é possível lançar mão da utilização de sistemas rotatórios³³. Posteriormente, deve-se realizar o preenchimento com material restaurador provisório, sendo o cimento de ionômero de vidro convencional (CIV) o material ideal a ser utilizado em indivíduos com elevado risco de atividade de doença. Isto ocorre em função de sua principal propriedade: a liberação de flúor, e além dessa, o CIV convencional possui equivalência com as propriedades mecânicas dos tecidos dentinários^{34,35}.

A adequação de meio bucal, através do selamento provisório de cavidades, segue o clássico princípio *primum nilnocere*, ou seja, o tratamento de eleição não deve promover agravamento da lesão inicial, tanto no aspecto físico quanto no emocional, o que esclarece a contraindicação desta técnica em lesões próximas à polpa dentária³⁴. De modo geral, adequar o meio significa criar um ambiente favorável à paralisação da doença cárie, recuperando a saúde bucal através do reestabelecimento do equilíbrio entre os fatores etiológicos, proporcionando maior longevidade dos procedimentos restauradores convencionais³⁶.

O tratamento da doença periodontal por sua vez é estabelecido por fases, sendo elas: a) Fase preliminar, que consiste na terapia de emergências dentárias, periodontais, periapicais, entre outras; b) Fase não cirúrgica ou Fase I da terapia periodontal, que consiste na terapia relacionada à etiologia da doença; c) Fase corretiva da terapia periodontal (Fases II (Cirúrgica) e III (Restauradora)): que consiste nas medidas adicionais, tais como cirurgia periodontal e/ou realização de tratamento endodôntico, procedimento cirúrgico para inserção de implantes, procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e confecção de próteses; e d) Fase de manutenção: que consiste na terapia periodontal de suporte³⁷.

A Fase I da terapia periodontal é uma etapa fundamental do tratamento periodontal, sendo o primeiro passo na sequência cronológica dos procedimentos que constituem a terapia³⁷, podendo ser chamada de fase inicial da terapia associada à causa, terapia periodontal não cirúrgica, entre outros³⁸. Esta fase da terapia, associada à causa, tem por função a eliminação dos depósitos bacterianos localizados supra e subgingivalmente na extensão dos elementos dentários, realizando raspagem e alisamento radicular e coronário, constituindo o propósito fundamental dessa fase, além de impedir

a reincidência por meio da redução do fator etiológico microbiano, que participa no desencadeamento das doenças periodontais e gengivais^{37,38}, bem como promover o encorajamento do indivíduo a eliminar os fatores coadjuvantes locais.

A literatura tem indicado que o sucesso duradouro do tratamento periodontal depende muito mais da manutenção dos resultados obtidos nessa fase do que qualquer procedimento cirúrgico que venha a ser realizado posteriormente³⁷.

Posteriormente a execução da Fase I da terapia periodontal, é desejado verificar uma descontinuidade na evolução da doença, ocorrendo o retorno dos tecidos gengivais e periodontais a um estado de saúde, conforto e função³⁷, caso contrário o paciente permanece nesta fase até que a progressão da infecção seja estabilizada.

A Fase corretiva somente é efetivada quando houver condições ou alterações que necessitem da realização de um dos procedimentos anteriormente citados. Caso não haja, o indivíduo é inserido na fase da terapia de manutenção.

No que concerne a halitose, ela pode ocorrer de duas formas: fisiológica ou patológica. De forma fisiológica, temos a halitose matinal, que atinge indistintamente 100% da população mundial. Isso ocorre devido à diminuição do fluxo salivar enquanto dormimos. Outro exemplo é quando ocorre temporariamente, normalmente por algum componente da dieta, após a ingestão de alimentos e bebidas alcoólicas. Na sua forma patológica, esta alteração apresenta-se muito mais intensa e persistente³⁹. No tratamento dessa patologia, o planejamento obedece, sobretudo a um único fator: a causa. Quando constatado que a origem do mau odor for proveniente da cavidade bucal, o cirurgião dentista deve realizar o tratamento. Caso outros sistemas estejam comprometidos, o indivíduo deve ser encaminhado ao profissional de saúde adequado³⁹.

No que diz respeito a xerostomia, “tradicionalmente, o tratamento da boca seca tem sido com medidas paliativas, como uso de substitutos salivares. Porém, pelo fato destes serem removidos facilmente da boca durante a deglutição, a duração de seu efeito é curta. Também os substitutos da saliva não possuem vários dos fatores protetores da saliva, sendo assim, sua função é melhorar a lubrificação e hidratação dos tecidos bucais”⁴⁰.

O tratamento desta desagradável condição tem melhorado consideravelmente pela amplitude de terapias tópicas e sistêmicas. Com relação à terapia sistêmica, diversos medicamentos têm sido testados ou recomendados, porém em sua maioria, possuem baixa efetividade. Na atualidade, os agentes anticolinérgicos são os mais promissores⁴⁰.

Portanto, o cirurgião-dentista é o profissional indicado a desenvolver uma estratégia que deve compreender uma análise minuciosa e um planejamento adequado respeitando as particularidades do indivíduo obeso.

10.6 Terapeuta ocupacional: mudança de hábitos de vida para redução de peso

“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”⁴¹. O tratamento desenvolvido pela terapia ocupacional voltado para sobrepeso e obesidade envolve desenvolvimento de programas de orientação profissional, intervenções educacionais, além de promover adaptações para as atividades de vida diária (AVD) e os objetivos devem estar envolvidos na promoção da qualidade de vida, bem-estar e autonomia do indivíduo^{42,43}.

A obesidade é caracterizada como uma doença crônica multifatorial, portanto apresenta diversas formas de tratamento. Inicialmente preconiza-se a o tratamento voltado para a perda gradual de peso, envolvendo atividade física, orientação sobre mudanças nos hábitos alimentares, psicoterapias e medicamentos. No entanto, se não houver resposta, o quadro poderá se agravar, levando à necessidade de intervenção cirúrgica.

O portador de obesidade mórbida tem dificuldade para aderir ao tratamento, independente de qual seja, pois se vê diante de atividades com as quais ele não está habituado, sendo tirado da sua zona de segurança e conforto. Nesse momento de enfrentamento, emoções como ansiedade, medo e depressão podem estar presentes. Sendo assim, quando se iniciam as práticas de atividade física e reeducação alimentar, ele vê que será um processo lento, complexo e doloroso, portanto, costuma revogá-lo⁴¹.

A primeira atitude do terapeuta ocupacional é realizar uma avaliação que comporte todas as informações necessárias para se traçar um plano de tratamento, informações como a capacidade funcional e laboral, postos de trabalho e as relações estabelecidas nesse ambiente e por fim conhecer quais são suas limitações cotidianas. O sujeito obeso sofre prejuízos em diversas áreas do cotidiano e reflete diretamente nos aspectos psicossociais, pois o obeso se vê dentro de um ciclo vicioso e sem solução possível, pois se considera um sujeito despersonalizado e incapaz^{41,44}.

Já de posse dos dados, o profissional precisará traçar objetivos diante de um quadro de excesso de peso, que leve a alterações físicas e comportamentais visando a promoção da qualidade de vida, bem-estar e autonomia do indivíduo^{43,44}.

Inicialmente o profissional precisa trabalhar as questões que concernem as dificuldades de se viver com obesidade mórbida. O indivíduo apresenta disfunções ocupacionais que o limitam de desenvolver desde atividades complexas do dia a dia, como ir ao trabalho ou se relacionar socialmente, até atividades simples como auto-higiene, trocar de roupas e se locomover de um lugar a outro. Atividades que envolvam o cuidado pessoal auxiliam os pacientes durante a mudança corporal introduzida pelo tratamento; organização de passeios que envolvam os cenários vivenciados pelo paciente, expondo as dificuldades do dia-a-dia de modo a encontrar soluções, levará ao desenvolvimento de estímulos positivos e motivadores; promoção de adaptações para realização das AVD, em busca de autonomia e prazer em executá-las; em casos que envolvam pacientes acamados a realização de manobras para o controle de edemas, prevenção de escaras e contraturas musculares⁴¹.

O conceito de autoimagem corporal precisa ser trabalhado, pois ocorre “alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso, produzindo diminuição da autoimagem e desvalorização no seu autoconceito psicológico. Em consequência, poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação da inadequação social relacionado com consequente degradação do desempenho”⁷⁴⁵. O tratamento dos distúrbios referentes a como o indivíduo percebe o seu corpo é caracterizado por atendimento, individual ou em grupo, voltado para a discussão da imagem corporal distorcida, propondo como solução atividades de autoexpressão e encorajando-o a se autoconhecer e perceber os pontos que precisa mudar para possuir qualidade de vida⁴¹.

Mudar o padrão de vida de um indivíduo não é um processo fácil e exige paciência e uso de estratégias para que as intervenções sejam efetivas e tragam retornos benéficos e permanentes. Problemas com a adaptação a uma nova rotina são obstáculos esperados durante o tratamento, portanto é necessária a atuação do terapeuta ocupacional nesse momento. Este profissional mostrará ao paciente que sua rotina pode ser mudada por meio de indicação ou confecção de adaptações ambientais, apresentar ao paciente diferentes maneiras de se relacionar com o alimento e também com a prática de comer, facilitando o processo de reeducação alimentar⁴¹.

O terapeuta ocupacional é o profissional que apresenta as competências necessárias para auxiliar o paciente portador de

obesidade mórbida a se adequar a uma nova rotina sendo um facilitador do processo.

Referências

1. Moura ARBR. Preditores psicológicos e comportamentais do abandono e sucesso dos programas de perda de peso no tratamento da obesidade [dissertação] [Internet]. Portugal: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto – U. Porto; 2012. [acesso em 2017 abril 10]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68831/2/39698.pdf>.
2. Colombo O, Ferretti VV, Ferraris C, Trentani C, Vinai P, Villani S et al. Is drop-out from obesity treatment a predictable and preventable event? *Nutr J.* [Internet]2014 [acesso em 2017 abr 10]; 13:13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914843/pdf/1475-2891-13-13.pdf>
3. Lee SVS. Reversibilidade parcial de alterações na função cerebral após a perda de peso em humanos e obesos [tese] [Internet]. Campinas: Unicamp; 2011. [acesso em 2016 ago 1]. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000838919>.
4. American College of Sports Medicine (ACSM). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med sci sports.* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 ago 3]; 43 (7):1334-1359. Disponível em: <https://www-scopus-com.ez15.periodicos.capes.gov.br/record/display.uri?eid=2s2.079959902659&origin=inward&txGid=0>
5. Montenegro LP. Musculação: aspectos positivos para o emagrecimento. *Rev Presc e Fisiol do Exerc SP.* [Internet] 2014 [acesso em 2016 ago 10]; 8 (43):100-105. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/588/550>.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 ago 14]; 95 (1 supl.1):4-64. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associado.pdf.
7. Tavares BT, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de

vida: revisão de literatura. RevMed Minas Gerais. [Internet]. 2010 [acesso em 2016 ago 9]; 20(3):359-366. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=564342&indexSearch=ID>.

8. ACSM. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Med. sci. sports. Tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014..

9. Marcon ER, Gus I, Neumann CR. Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. ArqBrasEndocrinolMetab. [Internet] 2011 [acesso em 2016 jul 30]; 55(5):331-338. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000500006.

10. Guiseline, M. Prescrição de exercícios para emagrecimento saudável. RevEvdObes ABESO. [Internet]. 2013 Jan/Fev [acesso em 2016 jul 30]; 1(61):12-15. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/revista61/atividade_fisica.pdf.

11. Ferreira SMAC. Avaliação do tecido adiposo visceral e subcutâneo abdominal por tomografia computadorizada e antropometria e a sua relação com a síndrome metabólica [dissertação] [Internet]. Portugal: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto – U.Porto; 2014. [acesso em 2016 jul 10]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/73050>.

12. Tomasini KS. Percepção da dispnéia em pacientes com obesidade mórbida candidatos a cirurgia bariátrica [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2015. [acesso em 2016 jul 10]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/139749>.

13. John AB. Determinação de padrões ventilatórios e avaliação de estratégias de rastreamento de transtornos respiratórios durante o sono em pacientes candidatos á cirurgia bariátrica [tese] [Internet]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2015. [acesso em 2016 ago 1]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/139775>.

14. Enzweiler AP, Diamantino FF, Pinheiro DO, Ortiz TA. Benefícios

do CPAP na apneia obstrutiva do sono: Relato de caso. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde*. [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 14]; 15(4):291-297. Disponível em <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/629/597>.

15. Macavei VM. Diagnostic Predictors of Obesity-Hypoventilation Syndrome in Patients Suspected of Having Sleep Disordered Breathing. *J Clin Sleep Med*. [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 2]; 9(9):879-884. Disponível em <http://www.aasmnet.org/jcsm/ViewAbstract.aspx?pid=29106>.

16. Barton L. Anormalidades respiratórias com distúrbios do sono. In: /Ali J, Summer WR, Levitzky MG. *Fisiopatologia Pulmonar: uma abordagem clínica*. 3ª edição. Barueri: Editora Manole; 2011. p. 229-248.

17. Nerbass, FB; Piccini VS; Peruchi BB; Mortari DM; Ykeda DS; Mesquita FOS. Atuação da fisioterapia no tratamento dos distúrbios. *AS-SOBRAFIR Ciência*. [Internet]. 2015 [acesso em 2016 ago 10]; 6(2):13-30. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/23220>.

18. McDaid C et al. A systematic review of continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea-hypopnoea syndrome. Elsevier: *SleepMediceReview*. [Internet]. 2009 [acesso em 2016 jul 30]; 13(6):427-436. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2009.02.004>.

19. Schorr F; Genta PR; Gregório MG; Danzi-Soares NJ; Lorenzi-Filho G. Continuous positive airway pressure delivered by oronasal mask may not be effective for obstructive sleep apnoea. *The European respiratory journal*. [Internet]. 2012 [acesso em 2016 ago 3]; 40 (2): 503 -505 . Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/40/2/503>.

20. Ryan S, Garvey JF, Swan V, Behan R, MC Nicholas WT. Nasal pillows as an alternative interface in patients with obstructive sleep apnoea syndrome initiating continuous positive airway pressure therapy. *Journal of sleep research*. [Internet]. 2011 [acesso em 2016 ago 4]; 20 (2):367-373 . Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673292>.

21. Aguiar F; Rech RES; Kock KS. Intervenção fisioterapêutica em adultos roncadores. *Fisioter Mov*. [Internet]. 2010 [acesso em 2016

ago 23]; 23(1):11-23. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000100002>.

22. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008; 9(5):474-88.

23. Fidelix YL; Farias JJC; Lofrano-Prado MC; Guerra RLF; Cardel M; Prado WL. Intervenção multidisciplinar em adolescentes obesos: preditores de desistência. *Einstein* (São Paulo). [Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 22]; 13(3):388-394. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000300388&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3339>.

24. Brasil. Resolução CFN nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecer parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências. 28 dez 2005; 1ª seção: 11-17.

25. García-Galbi MR. La eficacia de una educación nutricional individualizada en la pérdida de peso. [tese]. Alicante – Espanha: Universidad de Alicante; 2012.

26. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert consultation. WHO Technical report series 916. WHO: Geneva, 2003.

27. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115: 587-597.

28. Loveman E, Frampton GK, Shepherd J, Picot J, Cooper K, Bryant J, Welch K et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2011;15(2):1-182.

29. Leão JM, Lisboa LCV, Pereira MA, Lima LF, Lacerda KC, Elias MAR et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2015 june [acesso em 2016 nov 22]; 64(2): 107-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852015000200107&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852015000200107>.

30. Arroyo M, Rocandillo R.M, Ansotegui L, Pascual E, Salces I, Rebatto E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. 2016; 21 (6):673-679.

31. Wang S, Sparks L, Xie H, Greenway F, De Jonge, L, & Smith S. Effecting dietary change. *Int J Obesity*. 2009; 33 (4).

32. Carraro R., Barbany M., Enríquez L. Evaluación del paciente obeso: clínica. In:Rubio M. A., Bellido D., López de la Torre M., Moreno B. Curso básico de formación de la obesidad. 2a Ed. Acción médica. Madrid, 2006: p. 59-66.

33. Reis DM, Pitta DR, Ferreira, HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010; 15(1):269-276.

34. Reis BF, Sato FO, Silva JG, Gomes JA, Lopes EGB. Adequação do meio bucal e promoção de saúde em odontopediatria. *Revista Cecilianiana*. 2010dez; 2(2): 32-34.

35. Anusavice, KJ. & Phillips - *Materiais Dentários*, 12a Ed; Rio de Janeiro; Elsevier LTDA, 2013.

36. Fontes LBC, Lacerda RAM, Rego JR, Granville-Garcia AF, Sá LOPD, Cavalcanti,SALB. Práticas de adequação no meio bucal na odontopediatria por acadêmicos da Universidade Estadual da Paraíba. *Int J Dent, Recife*. 2008 out/dez; 7(4):224-229.

37. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. *Periodontia clínica*. Guanabara Koogan, 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2007.

38. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral*.5ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2010.

39. Carvalho, MF, Rodrigues, PA, Chaves, MGAM. Halitose: revisão literária. *HU Revista, Juiz de Fora*. 2008 out/dez; 34(4):273-279.

40. Fávoro RAA, Ferreira TNR, Martins WD. Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. *Clin. Pesq. Odontol. Curitiba*.

41. Oliveira NSR. Contribuições da terapia ocupacional no tratamento de obesos mórbidos [monografia] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014 [acesso em 2016 ago 14]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/8089>.

42. Cardoso JS; Cavalcante MCV; Miranda ATM. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 14]; 24(2):162-167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p162-167>.

43. Albuquerque CP; Vitagliano E; Yamada JY; Fagundes C; Garcia RE; Braga R, et al. Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. ACTA FISIATR. [Internet] 2011 [acesso em 2016 ago 13]; 18(2):71 - 74. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=81#.

44. Mariano MLL; Monteiro CS; Paula MAB. Cirurgia bariátrica: Repercussões na vida laboral do obeso. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 10]; 34(2):38-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n3/a05v34n3.pdf>.

45. Tavares BT; Nunes SM; Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais. [Internet]. 2010 [acesso em 2016 ago 9]; 20(3):359-366. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>.

Tratamento Cirúrgico da Obesidade

ROMULO DE BRITO GUIMARÃES¹

ALEX DE OLIVEIRA ALMEIDA²

DANILO MICAEL LUCENA E CARVALHO³

CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE⁴

¹Discente do Curso de Medicina-UFPB

²Graduado em Farmácia e Discente do Curso de Medicina-UFPB

³Residente em Cirurgia Geral e Graduado em Medicina-UFCG

⁴Orientador. Docente do Curso de Medicina-UFPB

11.1 Definição, terminologia, histórico e regulamentação pelo ministério da saúde

Considerada uma doença crônica não transmissível, a obesidade pode ser causada por fatores genéticos, ambientais e comportamentais, sendo considerada atualmente como uma pandemia de grandes proporções. No Brasil, a prevalência dessa entidade em homens e mulheres com 20 anos ou mais de idade foi 12,5% e 16,9%, respectivamente, sendo a região sul do país o local de maior prevalência quando comparada às outras regiões. De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e conforme o protocolo do Ministério da Saúde (MS), a obesidade mórbida é classificada por um índice de massa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ associado a comorbidades, sendo uma doença de elevada morbiletalidade, com taxas de até 250% em relação a pacientes não obesos, pois favorece ou agrava outras condições patológicas e pode afetar vários sistemas orgânicos¹⁻³.

Desde a década de 1950 a obesidade mórbida tem sido alvo do tratamento cirúrgico definitivo, conhecido por cirurgia bariátrica (do grego *bários* “peso” e *iatrikos* “a arte da cura”)⁴. As primeiras técnicas desenvolvidas causavam um grande efeito disabsortivo, pois efetivava-se a exclusão de grande parte do intestino delgado⁵. É considerada uma alternativa eficaz, embora radical, a ser empregada quando falham os métodos clínicos tradicionais, pois proporciona uma perda ponderal expressiva e mantida por pelo menos 15 anos, além de melhorar o metabolismo do indivíduo com a resolução de suas comorbidades, bem como favorece o bem-estar biopsicossocial⁶⁻¹⁰.

Cerca de 150 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para atenção à sua saúde¹¹. A cirurgia bariátrica está entre os procedimentos de alta complexidade

realizados pelo SUS, conforme regulamentação legal estabelecida em 26 de abril de 2001, através da Portaria nº 628/GM, cujo protocolo foi aperfeiçoado em 2005, sendo, então, um procedimento cirúrgico assumido pela rede pública de saúde e por alguns planos de saúde da rede privada¹²⁻¹⁴. Conforme regulamentação pelo MS, o paciente que for submetido à cirurgia bariátrica deverá ser provido de um tratamento humanizado, interdisciplinar (cirurgião geral, cirurgião plástico, endocrinologista, gastroenterologista, endoscopista, cardiologista, pneumologista, dermatologista) e multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, odontólogo, fisioterapeuta e outros)^{15,16}.

Após cerca de 60 anos de cirurgia bariátrica, houve uma melhora expressiva das técnicas cirúrgicas, fazendo com que a morbimortalidade alcançasse níveis aceitáveis e bem menores quando comparados à manutenção em longo prazo do estado de obesidade⁹. Em 1986, o *bypass* gástrico, utilizando anel de silicone e sem incisões no estômago, foi proposto por Fobi¹⁷. Nesta técnica, o anel era utilizado como elemento de limitação da distensão da bolsa gástrica. Posteriormente, na década de 1990, Capella associou ao *bypass* gástrico de Fobi uma incisão no estômago, conferindo à técnica uma evolução na limitação do conteúdo gástrico. Atualmente, a técnica cirúrgica mais utilizada no Brasil tem sido a derivação gástrica em Y de Roux, também conhecida como técnica de Fobi-Capella, unindo as duas técnicas^{5,18}. A Tabela 11.1 traz um histórico dos marcos fundamentais da cirurgia da obesidade.

O Brasil apresenta o segundo maior número de cirurgias bariátricas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA)¹⁹. O grande número de procedimentos pode ser explicado pelo enorme benefício metabólico que o procedimento induz, tendo em vista que nos casos graves de obesidade o tratamento convencional não produz resultados satisfatórios, com 95% dos indivíduos recuperando seu peso inicial em até dois anos de tratamento²⁰, mas também pela intensa busca de indivíduos obesos pela cirurgia bariátrica, tendo como principal objetivo a apropriação da imagem corporal determinada pelos padrões estéticos da atualidade e não apenas a busca da resolução das comorbidades associadas²¹. Confirmando essa informação, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Sangari demonstram que alguns indivíduos obesos apresentam problemas de imagem corporal e depressão no pré e pós-operatório, sendo o suicídio uma causa prevalente de mortalidade nessa população, representando 22,2% do total de óbitos²², ratificando-se o procedimento cirúrgico associado ao acompanhamento multiprofissional.

Tabela 11.1 - Marcos fundamentais da cirurgia da obesidade

Ano	Técnica Cirúrgica
1954	Bypass Jejunioileal de Kremen
1966	Bypass Gástrico em alça de Mason
1979	Derivação Biliopancreática de Scopinaro
1980	Gastroplastia Vertical com Bandagem de Mason
1986	Bypass Gástrico em Y de Roux com anel de silicone de Fobi
1988	Duodenal Switch de Hess
1991	Bypass Gástrico em Y de Roux com anel de silicone de Capella
1991	Banda Gástrica Ajustável de Kuzmak
1994	Bypass Gástrico em Y de Roux laparoscópico de Wittgrove e Clark

Fonte: de Oliveira MRM, Fortes RC. 2014. Adaptado do texto.

11.2 Indicações e contraindicações da cirurgia bariátrica

A construção dos critérios para indicação da cirurgia bariátrica inclui três fatores: análise do IMC, idade do indivíduo e o tempo da doença, sendo que a seleção dos pacientes requer um acompanhamento de pelo menos cinco anos da evolução da obesidade, devendo o indivíduo ter sido submetido ao chamado tratamento conservador por pelo menos dois desses cinco anos^{8,10,15}. A indicação do tratamento cirúrgico objetiva à redução das comorbidades associadas, tais como hipertensão arterial, artropatias, apneia do sono, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias e diminuição dos problemas psicossociais envolvidos, pois estes fatores implicam na piora da qualidade de vida e redução da expectativa de vida¹.

11.2.1 Indicações

Levando em conta o critério da idade, o paciente deve ter entre 18 e 65 anos, com insucesso em tratamentos convencionais prévios ou que apresentem recidiva do peso, conforme a Resolução nº 1766/05 do Conselho Federal de Medicina (CFM)²³. Nessa faixa etária, o IMC deve ser $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, independente da presença de outras doenças, ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ associado a outras comorbidades. Idosos ou jovens entre 16 e 18 anos só podem ser liberados para o procedimento após criteriosa análise do risco-benefício. Em ambos os casos, uma avaliação pré e pós-operatória deverá ser realizada pela equipe multiprofissional composta por nutricionista, cardiologista, endocrinologista, pneumologista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião^{8,10,14,22}.

Conforme a Portaria 424 de 19 de março de 2013 do MS, pacientes com idade entre 16 e 18 anos podem ser submetidos ao procedimento desde que as cartilagens epifisárias de crescimento

estejam consolidadas²⁴. Além disso, é importante destacar a necessidade de atingir a maturidade puberal (estágio IV ou V de Tanner). Sendo assim, crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos também poderão ser submetidas ao procedimento cirúrgico, caso tenham atingido os critérios de desenvolvimento físico e puberal estabelecidos pela portaria²⁵.

11.2.2 Contraindicações

O procedimento cirúrgico é contraindicado para pacientes com obesidade decorrente de doenças endócrinas, jovens cujas epífises dos ossos longos ainda não foram consolidadas, indivíduos com distúrbios psicóticos ou demenciais de moderado a grave, indivíduos com história recente de tentativa de suicídio, pacientes com doenças pulmonares graves, insuficiência renal, lesão do miocárdio e cirrose hepática, segundo a Resolução nº 1766/05 do CFM^{14,23}.

Além disso, indivíduos que não estejam de acordo com a cirurgia ou que não sejam capazes de entender as mudanças que ocorrerão após o procedimento, seja por transtornos alimentares, psicológicos ou por incapacidade cognitiva e dependentes químicos de álcool e outras drogas também não podem ser submetidos à gastroplastia^{14,22}.

11.3 Tratamento pré-cirúrgico

Diante do diagnóstico de obesidade mórbida e obedecendo aos critérios de indicação cirúrgica, o paciente obeso deverá ser acompanhado por uma equipe multiprofissional nos anos que antecedem ao procedimento. Este acompanhamento tem por objetivo adequar o paciente ao processo de perda de peso que antecede a cirurgia e permitir a adaptação comportamental diante do novo estilo de vida, oferecendo plano alimentar adequado, rotina de exercícios físicos moderados e tratamento farmacológico para aumentar a sensação de saciedade. Não é uma tarefa fácil, mas torna-se necessária visto que a cirurgia bariátrica é um procedimento complexo, invasivo e traz grandes alterações ao nível da absorção de nutrientes.

Conforme mencionado nas indicações da cirurgia bariátrica, é necessário que o paciente seja acompanhado por pelo menos dois anos e que seja obeso mórbido “estável” há pelo menos cinco anos. Pacientes indicados ao tratamento cirúrgico devem estar cientes dos riscos e consequências que ocorrerão quando sofrerem uma intervenção no porte de uma cirurgia bariátrica, sendo esclarecidos sobre o potencial de perda de peso, as fases dietéticas, os benefícios da atividade física, as possíveis complicações e a possibilidade do

reganho de peso. Além disso, devem entender a mudança nutricional radical no pós-operatório e serem preparados para adaptarem-se às mudanças drásticas na imagem corporal, sendo o acompanhamento pré-cirúrgico de fundamental importância neste processo^{1,7,21}.

11.4 Avaliação pré-operatória

É possível que o número de comorbidades concomitantes seja um preditor do aumento do risco de mortalidade pós-operatória¹¹. Sendo assim, a avaliação pré-operatória tem por objetivo identificar quais são as doenças de longa duração que acompanham o indivíduo obeso mórbido e propor ações, procedimentos e serviços de saúde para tratá-las¹⁶. Sabe-se que o acúmulo de tecido adiposo, além de produzir citocinas que induzem à inflamação tecidual, gera um desbalanço entre a produção de espécies reativas de oxigênio e a capacidade antioxidante dos tecidos, levando ao estresse oxidativo, fator que contribui para o agravamento das comorbidades¹. Nas mulheres, a obesidade associa-se também ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer de mama e de endométrio, ovários policísticos e infertilidade²⁰.

A avaliação pré-operatória deve incluir a identificação e avaliação das comorbidades nos principais sistemas e órgãos do paciente obeso (com o objetivo de prover cuidado e melhora relativa no pré-operatório) e a solicitação de exames complementares (laboratoriais e de imagem), conforme as Tabelas 11.2 e 11.3.

11.5 Principais técnicas cirúrgicas e classificação das técnicas

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficiente na promoção da perda de peso significativa e sustentada em obesos mórbidos, sendo justificada quando os riscos de permanecer obeso excederem os riscos do procedimento em curto, médio e longo prazo. O procedimento pode ser realizado por várias técnicas, sendo o objetivo principal a redução do tamanho do estômago, que passará a limitar a ingestão de alimentos, resultando em melhora progressiva dos componentes da síndrome metabólica. Essa redução pode ser feita apenas por restrição da sua capacidade ou por sua divisão e anastomose ao jejuno proximal^{1,26}. Dentre as diversas técnicas cirúrgicas, o *bypass* gástrico em Y de Roux é considerado “padrão-ouro”, sendo atualmente a técnica mais utilizada internacionalmente¹. No Brasil, são aprovados quatro tipos de técnicas cirúrgicas: *bypass* gástrico em Y de Roux, gastrectomia vertical, banda gástrica ajustável e duodenal *switch*^{10,28}. Em adolescentes, as principais opções são a gastrectomia vertical e o *bypass* gástrico em Y de Roux²⁵.

Tabela 11.2 - Avaliação de comorbidades específicas.

Avaliação cardiovascular	Os pacientes com uma história de dor torácica recente ou alteração na tolerância ao exercício devem realizar uma avaliação cardiológica formal, incluindo teste de esforço.
Avaliação pulmonar	Identificar se o paciente possui Apneia do Sono, devendo ser tratado com ventilação à pressão positiva (CPAP), durante o sono, para eliminar períodos estressantes de hipóxia causados pela apneia.
Avaliação musculoesquelética	Avaliar a presença de artrite e doenças articulares degenerativas, explicando aos pacientes que as lesões instaladas não serão revertidas pela perda de peso, mas que terão melhora significativa.
Avaliação metabólica	Avaliar o grau de dislipidemia, hipercolesterolemia e diabetes melito tipo II, provendo-se o controle com o objetivo de reduzir a morbidade perioperatória.
Avaliação dermatológica	Tratar possíveis infecções fúngicas e as alterações de estase venosa. A doença da estase venosa aumenta o risco de trombose venosa profunda no pós-operatório.
Avaliação gastrointestinal	Avaliar presença de hérnias umbilicais ou ventrais, litíase biliar, doença do refluxo gastroesofágico e hepatopatias.

Fonte: SABISTON, 18ª edição.

As técnicas cirúrgicas são classificadas de acordo com o mecanismo de funcionamento, podendo ser do tipo restritiva, disabsortiva ou mista (predominantemente restritiva ou predominantemente disabsortiva), e podem ser realizadas tanto por laparotomia como por via laparoscópica, com graus diferentes de sucesso em termos de perda de peso^{3,14,22}. As técnicas restritivas e mistas são aquelas amplamente realizadas nos centros de referência, sendo as técnicas mistas o “padrão-ouro” das operações para a obesidade mórbida^{5,15,20,22}. Recentemente, o acesso por videolaparoscopia vem ganhando espaço, pois proporciona redução do trauma cirúrgico, com diminuição da morbidade e do tempo total de recuperação do paciente, apesar de não ser um acesso plenamente satisfatório para a equipe cirúrgica, pois limita a visão do operador em duas dimensões, é tecnicamente pouco ergonômico, sobretudo em grandes obesos, e o instrumental ainda carece de aperfeiçoamento, bem como o cirurgião precisa dominar a destreza fina⁹.

Tabela 11.3 - Rotina cirúrgica pré-bariátrica.

Laboratoriais	- Hemograma	- Ácido úrico
	- Eletrólitos	- Albumina
	- Gasometria arterial	- Ácido fólico
	- Tipagem sanguínea	- Vitamina B12
	- Coagulograma	- Ferro
	- Glicemia	- Ferritina
	- Perfil lipídico	- Cálcio urinário 24 horas
	- Enzimas hepáticas	- Sorologias para
	- TSH	Hepatite B, C e HIV
	- T4 livre	- Beta-hCG para
	- PTH (Paratormônio)	mulheres em idade fértil
	- 25 (OH) vitamina D3	- Outros a critério da
	- Ureia e Creatinina	equipe responsável
	- Insulinemia	
Avaliação cardiológica	- Eletrocardiograma	
	- Outros a critério do clínico ou cardiologista	
Avaliação respiratória	- Radiografia de Tórax	
	- Outros a critério do clínico ou pneumologista	
Avaliação gastrointestinal	- Ecografia abdominal	
	- Endoscopia digestiva alta (com pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i>)	

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Com os avanços da medicina e da tecnologia, a técnica cirúrgica tem experimentado desde 1998 a cirurgia bariátrica por via robótica. Com essa tecnologia, a imagem no monitor apresenta qualidade superior àquela produzida na técnica por videolaparoscopia, pois fornece imagens em três dimensões, com alta definição. Além disso, o instrumental é mais ergonômico, totalmente flexível e melhor adaptado à precisão dos movimentos cirúrgicos, minimizando algumas dificuldades encontradas na cirurgia bariátrica laparoscópica. No Brasil, a primeira série de casos foi iniciada em 2008 e publicada em 2012, contando com 27 procedimentos bariátricos robô-assistidos. No país, são poucos os hospitais que dispõem atualmente do procedimento robótico, a maioria situados no eixo Rio - São Paulo, pois exige investimentos de grande monta na compra de equipamentos, adaptação de estrutura e adequado treinamento da equipe cirúrgica⁹.

Apesar de algumas técnicas aprovadas atualmente estarem associadas à redução na absorção de cálcio, deficiência de vitami-

na D, perda de massa óssea e, possivelmente, aumento no risco de fraturas²⁹ e outros problemas relacionados ao déficit nutricional, o Consenso Bariátrico²⁸ entende que estas técnicas podem ser realizadas. Os demais procedimentos e técnicas cirúrgicas para o controle da obesidade que não estão relacionados neste consenso, não apresentam indicação atual de utilização ou se encontram em fase de estudos⁵. Sendo assim, serão citadas a seguir as principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade mórbida, focando na descrição dos procedimentos aprovados no Brasil. As Tabelas 11.4 e 11.5 apresentam a classificação das técnicas cirúrgicas e as modalidades cirúrgicas aprovadas no Brasil, respectivamente.

Tabela 11.4 - Classificação das técnicas cirúrgicas.

Cirurgias restritivas	- Banda Gástrica Ajustável - Gastroplastia Vertical com Bandagem (Mason) - Gastrectomia Vertical
Cirurgias disabsortivas	- Não são mais utilizadas nos dias atuais
Cirurgias mistas predominantemente restritivas	- Derivação Gástrica em Y de Roux sem anel de silicone - Derivação Gástrica em Y de Roux com anel de silicone
Cirurgias mistas predominantemente disabsortivas	- Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Horizontal (Scopinaro) a) Com preservação gástrica distal b) Sem preservação gástrica distal - Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e preservação pilórica (Duodenal Switch)

Fonte: do Autor.

11.5.1 Cirurgias restritivas

As técnicas restritivas são aquelas em que a quantidade de alimento que o paciente ingere nas refeições é limitada, devido a uma redução na anatomia do estômago. Com poucos alimentos sólidos e pastosos dentro do órgão, a sensação de saciedade já induz uma resposta eficaz para a perda de peso. No entanto, o resultado depende muito da colaboração do paciente, tendo em vista que alimentos líquidos podem ser ingeridos quase no mesmo volume que eram antes da operação e se forem muito calóricos certamente irão atrapalhar ou até impedir a perda de peso. São técnicas normalmente realiza-

Tabela 11.5 - Modalidades cirúrgicas aprovadas no Brasil.

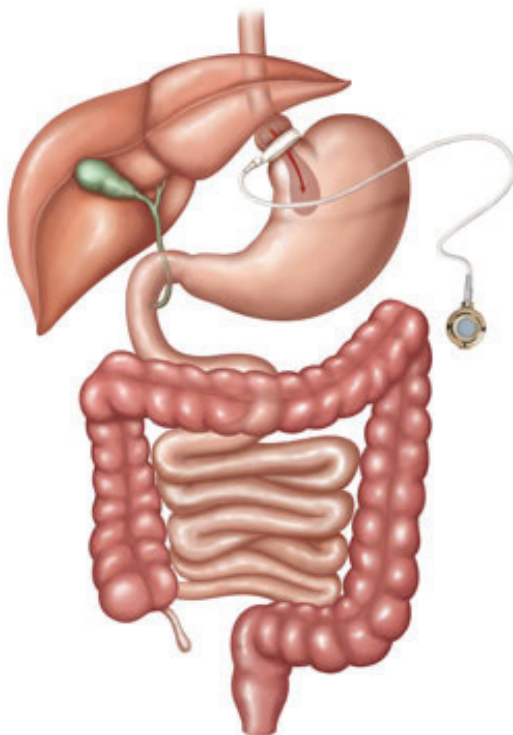
Técnica cirúrgica	Outros nomes	Modalidade
Banda Gástrica Ajustável	- <i>Lap Band</i>	Cirurgia restritiva
Gastrectomia Vertical	- Sleeve Gástrico - Gastrectomia em manga - Gastrectomia longitudinal	Cirurgia restritiva
Derivação Gástrica em Y de Roux	- Bypass Gástrico - Técnica de Fobi-Capella (com anel de contenção) - Técnica de Wittgrove (sem anel de contenção)	Cirurgia mista predominantemente restritiva
Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e preservação pilórica	- Duodenal Switch	Cirurgia mista predominantemente disabsortiva

Fonte: do Autor.

das porque são mais simples, de menor risco, de mais fácil adaptação e recuperação^{5,8,15}. Dentre os procedimentos restritivos destacam-se a gastroplastia vertical com bandagem, bandagem gástrica ajustável e a gastrectomia vertical.

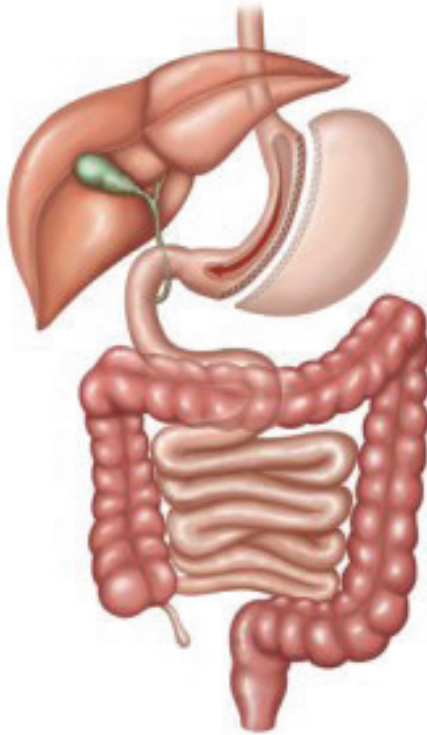
Em 1982, Mason desenvolveu um procedimento que ficou conhecido por gastroplastia vertical com bandagem³⁰. Inicialmente, se baseou no fato de a musculatura da pequena curvatura do estômago ser mais resistente à dilatação. Dessa forma, era possível fazer a redução gástrica pura e, posteriormente, associou-se um anel de silicone para prevenir alargamentos. É um tipo de cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago, na região da cárdia, via laparoscopia, através de uma sutura, formando um compartimento fechado^{5,13,15,22}. Com este procedimento, há uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos. Todavia, é um procedimento que apresenta alta incidência de recidiva da obesidade após 10 anos de seguimento, motivo pelo qual vem sendo abandonado mundialmente⁵.

A banda gástrica ajustável ou *lap band* tem Kuzmak³¹ como principal responsável pela técnica. Consiste num procedimento restritivo, relativamente recente, em que é feita a implantação videolaparoscópica de uma banda regulável (anel de silicone ajustável, que possui um balão insuflável por dentro) na porção alta do estômago, sendo que

Figura 11.1 - Banda gástrica ajustável.

esta banda é conectada a um dispositivo inserido sob a pele do paciente, por intermédio de um delicado tubo de silicone, permitindo o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado (Figura 11.1)^{5,10,13,15,22}. Embora apresente benefícios nos pacientes adultos, devido à emissão de sinais humorais e neurais ao cérebro, que levam à saciedade, e tendo em vista que a anatomia gástrica poderá ser restituída, caso seja necessária sua retirada⁵, essa técnica praticamente não é realizada em adolescentes²⁵. No Brasil, é uma técnica aprovada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)²⁸.

Em 1990, começou a ser difundida a gastrectomia vertical, também conhecida por *sleeve* gástrico, proposta inicialmente como parte de uma derivação biliopancreática sem gastrectomia distal, preservando o piloro e diminuindo o potencial ulcerogênico⁵. Consiste em transformar o estômago em um tubo, reduzindo a sua capacidade para um volume entre 80 a 100 ml (Figura 11.2)¹⁰. Dentre as vantagens deste procedimento destaca-se a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar. Dessa forma, a gastrectomia vertical não interfere com o sítio de absorção do ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B. Além disso, no caso de insucesso, pode ser transformada num procedimento com algum componente disabsortivo,



como o *bypass* gástrico em Y de Roux e a derivação biliopancreática com *duodenal switch*⁵.

No entanto, apesar de ser uma técnica menos complexa, é um procedimento irreversível, que pode produzir complicações de alta gravidade e difícil tratamento, como a fístula que pode ser formada junto ao ângulo de Hiss e a deiscência da sutura gástrica⁵. Embora apresente resultados comparáveis aos observados após a Derivação gástrica em y de Roux nos primeiros dois anos em pacientes adolescentes, não possui resultados a longo prazo nesse grupo de indivíduos. Ademais, quando comparada com a banda gástrica ajustável, os resultados da gastrectomia vertical são superiores nos adolescentes obesos mórbidos²⁵. No Brasil, é uma técnica aprovada pela SBCBM²⁸.

11.5.2 Cirurgias disabsortivas

As cirurgias disabsortivas não estão sendo mais utilizadas nos dias atuais, devido à elevada incidência de complicações metabólicas e nutricionais, em longo prazo, decorrentes da técnica. Nesta técnica, o cirurgião tornava grande parte do intestino não funcional, trazendo como consequência a intensa perda de nutrientes através

das fezes, além de complicações digestivas como diarreia, cirrose e pneumatose intestinal²².

11.5.3 Cirurgias mistas

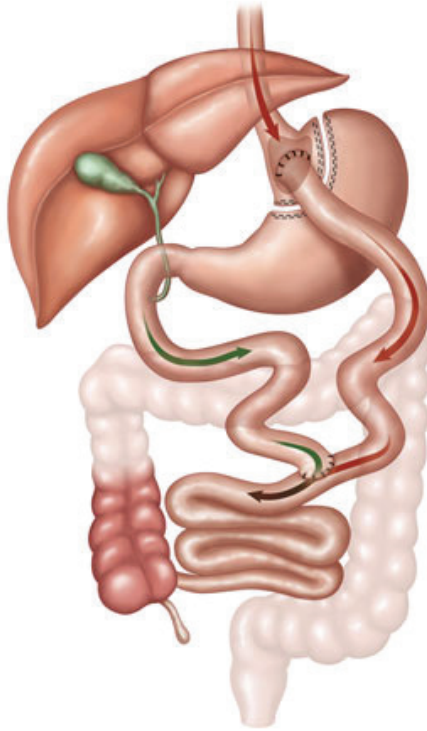
São técnicas que associam restrição gástrica com um pouco de disabsorção, ou seja, o volume do estômago é reduzido e adicionalmente é feito um desvio intestinal menor que nas técnicas puramente disabsortivas⁸. Para fins didáticos, as cirurgias mistas podem ser divididas em dois grupos: predominantemente restritivas e predominantemente disabsortivas.

11.5.3.1 Cirurgias predominantemente restritivas

Neste grupo, a técnica mais utilizada no Brasil e no mundo é a derivação gástrica em Y de Roux por via laparoscópica, conhecida também por Fobi-Capella ou *bypass* gástrico com anel de contenção. Foi inicialmente descrita por Mason, em 1969, sofreu várias modificações ao longo dos anos, sendo aperfeiçoada por Fobi (1989)¹⁷ e Capella (1991)¹⁸. Favorece uma perda ponderal de 40% do peso inicial, mantido em longo prazo, e é responsável por reduzir o surgimento de alterações nutricionais e metabólicas decorrentes de outras técnicas, contribuindo para que o indivíduo tenha melhor qualidade de vida^{5,7,8,10,33}. A máxima perda de peso ocorre no período entre 18 e 24 meses após a cirurgia, sendo que depois desse período estudos evidenciam que pode ocorrer certo reganho de peso²⁰.

Por ser uma técnica mista há um componente restritivo e outro disabsortivo, predominando o restritivo. Essa restrição é gerada pela exérese de grande parte do estômago, reduzindo assim o seu volume, e a criação de uma câmara gástrica proximal com capacidade volumétrica entre 10 a 25 ml, deixando grande parte do estômago, todo o duodeno e parte do jejuno proximal fora do trânsito alimentar. Na técnica de Fobi-Capella, a redução de volume da cavidade gástrica é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado, colocado 5,5 cm distal à transição esofagogástrica e 1,5 cm proximal à anastomose gastrojejunal, reduzindo o diâmetro da luz gástrica para 12 mm (Figura 11.3)^{2,5,8,22}.

Por outro lado, a disabsorção é decorrente da divisão do intestino delgado, formando uma alça alimentar (alça de Roux), criada da divisão do jejuno 50 cm abaixo do ângulo de Treitz (jejunoduodenal), e outra biliopancreática. Após a divisão do jejuno, a alça de Roux é medida e uma jejunojejunostomia mecânica laterolateral é criada 100 a 159 cm abaixo da gastrojejunoanastomose, a depender



do IMC do paciente, sendo o local onde desembocarão as secreções provenientes do estômago e do duodeno exclusivos^{1,5,32}.

A técnica de Fobi-Capella reduz a capacidade gástrica e modifica a produção hormonal responsável por regular a fome e a saciedade. Atualmente, essa operação vem sendo a mais realizada no Brasil, sendo considerada um tratamento efetivo para a obesidade mórbida, correspondendo a 75% do total de operações bariátricas^{2,4}. Em seguimento de dois anos em 100% de pacientes adolescentes, houve uma redução de 32% do IMC e melhora significativa do risco cardiovascular, tais como níveis de insulina e proteína C-reativa²⁵.

Apesar de bem documentada a sua segurança, várias complicações, agudas e crônicas, podem ocorrer na derivação gástrica em Y de Roux, com diferentes graus de morbidade e mortalidade. Entre as complicações agudas incluem-se a fístula na linha de grampeamento, deiscência da anastomose ou da linha de grampeamento, sangramento gastrointestinal, obstrução intestinal, estenose da anastomose, ulceração marginal e fístula gastresofágica, além da incorreta reconstrução da alça em Roux, que representa a principal falha técnica do procedimento³². Do ponto de vista crônico, a síndrome de *dumping* é a principal complicação desta técnica. Surge

devido ao rápido esvaziamento gástrico, o que promove um influxo de líquido para o interior da câmara gástrica³⁴, ocorrendo principalmente após a ingestão de carboidratos simples, levando a náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica e sintomas de hipoglicemia^{5,26}. Outra complicação crônica é a intolerância à carne vermelha, algo esperado devido à gastrectomia parcial e consequente alteração na produção de pepsina, principal responsável pela digestão das proteínas²⁶.

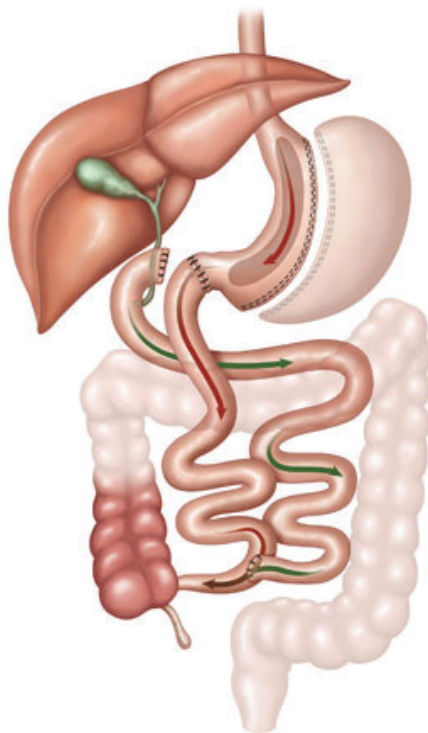
Uma variante da técnica de Fobi-Capella é a técnica de Wittgrove ou *bypass* gástrico sem anel de contenção. A diferença básica é que o cirurgião faz uma sutura apertada no pequeno estômago ao intestino, em vez de colocar o anel de contenção na menor porção gástrica⁸.

11.5.3.2 Cirurgias predominantemente disabsortivas

As técnicas predominantemente disabsortivas permitem ao paciente comer, porém atrapalham a absorção dos nutrientes, levando o obeso ao emagrecimento⁸. Neste grupo incluem-se a derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal, com ou sem preservação gástrica distal, pela técnica de Scopinaro, e a derivação biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica, também conhecida por *duodenal switch*. São técnicas nas quais um grande segmento do intestino delgado é excluído, prejudicando a absorção da maioria dos nutrientes e resultando em deficiências nutricionais. O estômago também terá seu tamanho reduzido, porém em menor grau, sendo a disabsorção causada pelo encurtamento intestinal, o principal fator emagrecedor^{10,22}.

A derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal, com ou sem preservação gástrica distal, foi descrita em 1976 por Nicola Scopinaro³⁵ e consiste na redução da capacidade gástrica, eliminação do controle pilórico do esvaziamento gástrico e má absorção proporcionada pelo *bypass* da maior parte do intestino delgado, onde são retirados cerca de dois metros e meio de intestino⁵. A alça excluída do trânsito, que corresponde a pouco menos de 60% do intestino delgado, drena a secreção biliopancreática para encontrar o bolo alimentar através de uma anastomose feita no íleo a 50 cm da válvula ileocecal. Complicações podem-se desenvolver a médio e em longo prazo, sendo as principais a desnutrição proteica em 15% dos casos, osteoporose, osteomalácia e hipovitaminoses¹³.

Em 1990, a técnica de Scopinaro foi modificada, sendo desenvolvida a derivação biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica, conhecida por *duodenal switch*. A grande diferença em relação à técnica de Scopinaro é no sentido da gastrectomia, sendo realizada verticalmente, retirando o fundo gástrico, mas



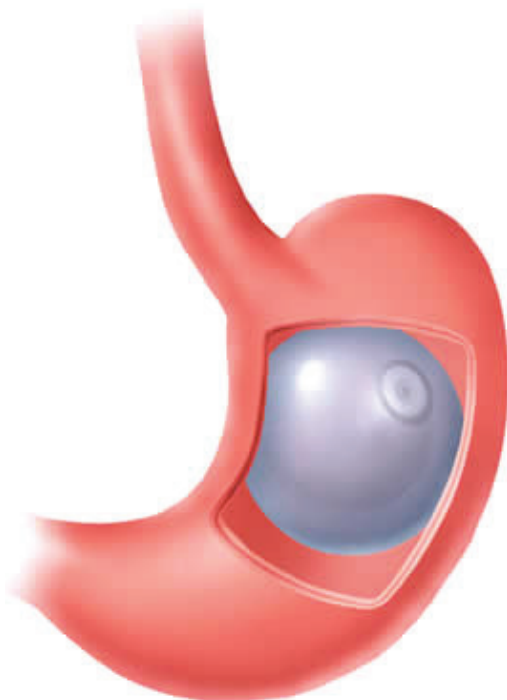
preservando pequena parte do antro e do piloro, e formando um remanescente gástrico em forma de meia lua^{5,13}. A alça intestinal que drena a secreção biliopancreática é anastomosada à alça ileal que recebe o bolo alimentar a 100 cm da válvula ileocecal em vez de 50 cm, dobrando assim o comprimento do segmento ileal comum absorptivo (Figura 11.4)¹³. Faz-se necessária a retirada da vesícula biliar, pois a maioria dos pacientes apresentará litíase biliar futuramente⁵.

Os procedimentos disabsortivos, uma vez que apresentam um elevado índice de complicações nutricionais a longo prazo, descritos em adultos, são contraindicados em pacientes adolescentes.

11.6 Indicação do balão intragástrico como terapia auxiliar

O balão intragástrico (Figura 11.5) é reconhecido como a principal terapia auxiliar no pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC ≥ 50 kg/m²), com o objetivo de reduzir este índice para proceder com alguma das técnicas cirúrgicas apresentadas acima²².

Utilizado pela primeira vez em 1985, o balão intragástrico apresentou, inicialmente, inúmeras complicações, tais como obstrução intestinal e hemorragias graves, sendo, inclusive, desconsiderado. En-

Figura 11.5 - Balão intragástrico

tretanto, no fim dos anos oitenta, o aperfeiçoamento de seu material constituinte levou à criação do modelo de balão utilizado na atualidade⁵. Representa uma alternativa para os pacientes superobesos com elevado risco cirúrgico para cirurgia bariátrica, sendo sua utilização no pré-operatório desse grupo de pacientes um importante fator redutor de comorbidades responsáveis por complicações pós-operatórias³⁶.

Trata-se de um procedimento não cirúrgico, reconhecido como método terapêutico restritivo, realizado por endoscopia, com o paciente sob sedação, para o implante de prótese de silicone no estômago, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade^{5,22}.

Após ser inserida no estômago, a prótese se torna esférica devido ao preenchimento com soro fisiológico e azul de metileno, sendo o seu volume final entre 450 e 700 ml, de acordo com a anatomia do doente e mediante a avaliação endoscópica das dimensões e capacidade do lúmen gástrico. Caso haja vazamento ou rompimento, o líquido será expelido na cor azul pela urina. O tempo de permanência máximo desse dispositivo no estômago é de seis meses e a perda ponderal estimada é de 13 a 20 kg, com redução de 5 a 9 kg/m² de IMC^{5,22}.

Apesar dos benefícios, a utilização do balão intragástrico para obter perda de peso pré-operatória é uma assunto controverso, pois algumas equipes de cirurgia bariátrica que utilizam este método ob-

servam maior dificuldade no grampeamento gástrico causado pelo aparente aumento da espessura da parede gástrica após a retirada do balão. Esse aumento é decorrente do espessamento da camada muscular do estômago, sendo uma alteração transitória e voltando à configuração inicial com o passar do tempo³⁶.

11.7 Principais complicações relacionadas à cirurgia bariátrica

Enquanto a morbidade no pós-operatório imediato pode alcançar 10% ou mais, a mortalidade operatória em cirurgia bariátrica é relativamente baixa, inferior a 2%, sendo maior nas cirurgias de desvio biliopancreático e quando há falha de outro procedimento bariátrico, que necessite de nova abordagem cirúrgica. As complicações mais frequentes são: infecção da ferida operatória (1 a 3% nas derivações gástricas, podendo ser maior nas cirurgias com grande componente disabsortivo), trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar, atelectasia, erosão de prótese em torno do estômago (0,92 até 28,7% em derivações gástricas em Y de Roux), vazamento de anastomoses gastrointestinais, hérnia incisional, colelitíase, dilatação gástrica aguda, úlcera de boca anastomótica, estenose de anastomose, rotura da linha de grampeamento e complicações metabólicas (deficiências de vitaminas, proteínas e minerais)³⁷.

Além disso, nos últimos anos, alguns estudos levantaram a hipótese de que os indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade poderiam estar com o risco aumentado para o abuso do consumo de álcool após a operação, devido à incapacidade de continuar com hábitos palatáveis, gerando uma procura por substâncias de recompensa semelhantes ao alimento³⁸. A alta frequência de mortalidade por suicídio e por complicações do alcoolismo indica a necessidade de seguimento clínico mais rigoroso, envolvendo adequado apoio psicológico aos pacientes¹⁹.

11.8 Indicadores de qualidade da cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica força o paciente a restringir a quantidade de alimentos ingeridos, porém não leva, invariavelmente, à melhora qualitativa da ingesta alimentar⁶. Após o procedimento ocorre redução dos níveis de marcadores inflamatórios, queda dos indicadores de lesão oxidativa e maior atividade dos marcadores relacionados à defesa antioxidante¹.

A perda de peso é um dos principais parâmetros para definir o sucesso da cirurgia, sendo consenso entre pesquisadores que o critério para esta avaliação é o percentual de perda do excesso de

peso (%PEP), considerando-se um resultado positivo uma cirurgia em que há perda de pelo menos 50% do peso excedente ao final do primeiro ano e se o indivíduo apresentar IMC fora da classificação de obesidade grau III (IMC ≥ 40 kg/m²), com a manutenção ponderal de no mínimo cinco anos, uma vez que após este período pode ocorrer falha na manutenção do peso^{7,12,20}. Existem evidências de que perdas ponderais menores, da ordem de 5 a 10% do peso, já traduzem benefícios clínicos sobre a pressão arterial e níveis glicêmicos¹.

Em 1998 foi elaborado o Protocolo *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS), que é atualmente o único instrumento que permite uma avaliação completa e objetiva dos resultados da cirurgia bariátrica⁷. O uso deste protocolo na avaliação do sucesso cirúrgico, aplicado a partir do terceiro mês do pós-operatório, é recomendado no Brasil pelo MS, por meio da Portaria n^o 492/SAS³⁹.

11.9 Tratamento pós-cirúrgico

O acompanhamento no pós-operatório é importante para o conhecimento dos sinais e sintomas relacionados com a técnica cirúrgica adotada e da conduta nutricional adequada para prevenir carências nutricionais decorrentes do procedimento cirúrgico²². Considera-se que o tratamento pós-operatório do paciente bariátrico deve envolver intervenções que incluem a adesão à alimentação saudável, aumento da prática de atividade física, higiene e ajustamento psicossocial às necessidades da cirurgia^{6,7}.

A dieta padronizada no pós-cirúrgico tem como objetivo o repouso gástrico, adaptação a pequenos volumes, hidratação, favorecimento do processo digestivo, esvaziamento gástrico e impedir que resíduos possam aderir à região grampeada. A dieta deve ser oferecida em horários regulares, respeitando o volume (50 ml), evitando náuseas e vômitos. Essa baixa ingesta alimentar leva à necessidade de suplementação de vitaminas e minerais²². Devido à perda de massa óssea, iniciada já nos primeiros meses de pós-operatório, é possível que a suplementação adequada de cálcio e vitamina D mude esse desfecho, porém não há estudos testando esta hipótese²⁹. Além disso, tendo em vista a deficiência nutricional de ferro, ocorrida principalmente devido à intolerância a carne vermelha, diminuição da secreção de suco gástrico e a retirada do duodeno do trânsito alimentar nas técnicas mistas, se faz necessário tratar a anemia ferropriva decorrente do tratamento cirúrgico⁴⁰.

O exercício físico tem sido recomendado devido sua influência na velocidade da perda ponderal e na preservação ou aumento da massa magra após a cirurgia, além de reduzir a sensação de fome e a

ansiedade. Um programa de redução da massa corporal com restrição calórica e sem exercício físico resulta em perda de gordura e musculatura, enquanto que o exercício associado ao acompanhamento nutricional para a redução de peso acarreta preservação ou menor perda de massa magra e, proporcionalmente, maior perda de gordura. Ademais, há uma mobilização preferencial de gordura do tecido adiposo visceral, resultando em melhoria de sua distribuição corporal⁴¹.

11.10 Reganho de peso após a cirurgia bariátrica

A fase pós-cirúrgica tem se constituído num grande desafio tendo em vista o reganho de peso que pode acontecer a depender de como o paciente vai lidar com o novo contexto alimentar e de tratamento associado à redução do estômago. Deve-se destacar que a qualidade da técnica cirúrgica não garante nem o emagrecimento nem uma melhor qualidade de vida, ou seja, é falso acreditar que a cirurgia bariátrica irá trazer as mudanças comportamentais necessárias para manter a perda de peso. Dessa forma, se faz necessário saber os fatores de risco para o reganho de peso após a cirurgia, bem como sobre o uso de técnicas que visem diminuir esse risco, como o uso do plasma de argônio.

11.10.1 Fatores de risco para o reganho de peso nos primeiros 5 e 10 anos

Espera-se que entre 20% a 25% do peso perdido seja recuperado nos primeiros 10 anos, sendo que o reganho ocorre entre 7% a 50% dos casos, estando diretamente associado à não adesão à dieta e não modificação do estilo de vida em longo prazo⁶. Dependendo do tipo de técnica realizada, a redução do peso tende a ser mais intensa nos seis primeiros meses, estabilizando após dois anos, com chances de reganho de peso após atingir este platô⁷. Vários estudos mostraram excelentes resultados da Derivação Gástrica em Y de Roux em relação à perda de peso, mas a recuperação de peso em pacientes com dois anos após o procedimento é notória, certamente pela anatomia e adaptações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo após a cirurgia, pois o estômago está concebido para dilatar³. Além disso, destaca-se a influência dos polimorfismos genéticos, considerados fatores que contribuem para a patogênese da obesidade e poderiam influenciar, em teoria, nos resultados da perda de peso pós-cirúrgica⁴².

Os principais mecanismos de reganho de peso estão relacionados aos fatores mecânicos (restrição da capacidade gástrica) e a influência hormonal, além do aumento da ingestão calórica, da

inatividade física e uma possível dilatação da bolsa gástrica ou da anastomose jejuno-gástrica^{3,12,20}. Somado a isto, variáveis como a falta de autocontrole alimentar, falta de apoio familiar e uso de álcool e outras drogas também estão associadas⁶. O comportamento de “beliscar” foi associado a uma pior perda ponderal após um ano de cirurgia, bem como foi observada uma associação positiva com o reganho ponderal após três anos de cirurgia¹².

11.10.2 Uso do plasma de argônio

Embora o acompanhamento com uma equipe multiprofissional seja a melhor maneira de controlar e tratar o reganho de peso, um tratamento inovador, não invasivo, ambulatorial e que não demanda internamento, conhecido como Plasma Endoscópico de Argônio, vem sendo utilizado no Brasil desde 2009⁴³. É um método de eletrocoagulação sem contato no qual a energia de radiofrequência é aplicada ao tecido gástrico por meio de um gás ionizado, tendo várias aplicações no campo de endoscopia da obesidade⁴⁴, pois após a cirurgia bariátrica e com o retorno errôneo aos antigos hábitos alimentares, o paciente ingere quantidades cada vez maiores de alimentos, podendo facilitar o aumento do tamanho da anastomose gastro-jejunal⁴⁵.

O cirurgião endoscopista através do gás argônio promove uma fulguração na região da anastomose, minimizando o tempo de esvaziamento gástrico, resultando em saciedade precoce e redução no peso corporal⁴³⁻⁴⁵. Quanto maior for a entrada de potência em Watts, maior será a profundidade de penetração, o que pode afetar até a camada muscular da mucosa. Além disso, foi bem demonstrado que há uma maior incidência de disfagia e estenose sobre a execução da eletrocoagulação das áreas circunferenciais da mucosa esofágica, principalmente associada com a aplicação de uma elevada quantidade de energia⁴⁴.

11.11 Benefícios da cirurgia bariátrica

Após a cirurgia bariátrica os níveis de grelina encontram-se mais baixos e os da leptina mais elevados, contribuindo para redução da ingestão de alimentos, aumento da saciedade e auxiliando na perda de peso⁸. Em função da importante redução do peso corporal e da gordura visceral, a gastroplastia determina, já em curto prazo, impacto positivo sobre o controle e resolução das comorbidades associadas à obesidade, incluindo diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença hepática, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e disfunção cardiovascular. Esse efeito benéfico se mantém em longo prazo, como observado em in-

divíduos acompanhados por dez anos após o procedimento⁴⁶.

Após um ano de cirurgia bariátrica, podemos notar que os indivíduos obesos apresentam redução da pressão arterial sistólica e da frequência cardíaca, redução da hipertrofia e da massa ventricular esquerda, melhora na função diastólica e sistólica do ventrículo esquerdo, melhora na capacidade cardiopulmonar em relação à distância percorrida, consumo de oxigênio e do coeficiente metabólico¹³.

Um estudo mostrou que cada quilograma de perda de peso corporal, por meio de modificações da dieta e do estilo de vida, implicava em redução de 0,13 mg/L na concentração de marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa (PCR). Entretanto, a perda de peso corporal induzida por cirurgia bariátrica pela técnica da Derivação Gástrica em Y de Roux, provocou redução ainda maior (0,16 mg/L), indicando maior efetividade do tratamento cirúrgico sobre o perfil inflamatório e lipídico dos pacientes, contribuindo para a redução do risco cardiovascular pós-operatório^{2,13}. Além disso, a técnica em Y de Roux aumenta a sensibilidade à insulina e diminui o nível sérico de glicose, contribuindo para a melhora na diabetes³³.

A cirurgia bariátrica pode melhorar a qualidade de vida, pois facilita a locomoção corporal, diminui os prejuízos psicossociais e de autoestima, diminui a dor musculoesquelética, melhora o sono, atividade sexual e atividade laboral^{13,47,48}.

Referências

1. Oliveira MRM, Fortes RC. Efeitos da Gastroplastia Redutora com Derivação Intestinal em Y de Roux sobre a obesidade grave e Síndrome Metabólica: uma revisão de literatura. *Com Ciências Saúde*. 2014; 24(3):267-280.
2. Oliveira CDS, Beserra BTS, Cunha RSG, Brito AGE, Miranda RCDD, Zeni LAZR et al. Impacto da derivação gástrica em Y-de-Roux no perfil inflamatório e lipídico. *Rev Col Bras Cir*. 2015; 42(5):305-310.
3. Sousa MEMD. Cirurgia bariátrica: causas do reganho de peso no pós-operatório. [Internet]. Centro Universitário de Brasília. 2014 [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7146/1/20957157.pdf>
4. Barhouch AS. Fatores associados à perda do excesso de peso em obesos mórbidos submetidos ao by-pass gástrico em “y de roux” ao longo de sessenta meses [tese] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015 [acesso em 2017

- jun 03]. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6246/2/473097%20-%20Texto%20Completo.pdf>
5. Zeve JLM, Novais PO, Oliveira Júnior N. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Revista Ciência e Saúde*. 2012; 5(2), 132-140.
6. Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. Apoio social e reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. *Temas em Psicologia*. 2015; 23(4), 1003-1016.
7. Caetano JA, Araújo TMD, Barros LM, Frota NM, Moreira RAN. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 mar; 36(1):21-7.
8. Góes PVM, Souza EE, Souza G, Bacelo A, Silva EB, Cardoso FT. Cirurgia bariátrica: técnica mista e a importância da nutrição. *Revista Augustus*. 2013; 17(33):107-117.
9. Ramos AC, Domene CE, Volpe P, Pajecki D, D'Almeida LAV, Ramos MG et al. Resultados iniciais da primeira série de casos brasileira de cirurgia bariátrica totalmente robótica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2013; 26 (supl 1):2-7.
10. Bastos AA, Pinheiro RCM, Melendez-Araújo MS. Determinantes de sucesso após a cirurgia bariátrica: fatores pré-operatórios que influenciam nos resultados pós-operatórios. *Com Ciências Saúde*. 2014; 25(1):79-92.
11. Kelles SMB, Diniz MDFHS, Machado CJ, Barreto SM. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(8):1587-1601.
12. Silva RF, Oliveira KE. Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao Bypass Gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2014; 8(47):134-141.
13. Aragão TCM. Vantagens e desvantagens da cirurgia metabólica: uma revisão de literatura. [Internet] Centro Universitário de Brasília. 2013 [acesso em 2017 jun 03] Disponível em: <http://repositorio.uni-ceub.br/bitstream/235/4501/1/TAMARA.pdf>

14. Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2014; 27(4):261-267.
15. Luz DMD, Encarnação JN. Vantagens e desvantagens da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade mórbida. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2012; 2(10):376-383.
16. Santos HN, Lima JMS, Souza MFC. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(5):1359-1365.
17. Fobi MA, LeeH, Holness R et al. Gastric by-pass operation for obesity. *World J Surg.* 1998; 22(9):925-35.
18. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass. *Am J Surg.* 1996; 171(1):74-9.
19. Diniz MDFHS, Moura LD, Kelles SMB, Diniz MTC. Mortalidade no pós-operatório tardio da derivação gástrica em pacientes do Sistema Único de Saúde: elevada frequência de cirrose alcoólica e suicídios. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2013; 26(supl 1):53-56.
20. Bastos ECL, Barbosa EMWG, Soriano GMS, Santos EAD, Vasconcelos SML. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2013; 26(supl 1):26-32.
21. Schakarowski FB, Oliveira VZD. O corpo (im) possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. *Aletheia.* 2014; (45): 177-189.
22. Costa D. Eficiência do Acompanhamento Nutricional no Pré e Pós-operatório da Cirurgia Bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2013; 7(39):57-68.
23. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília: DF; 11 jul. 2005. Seção I, p. 114. [acesso em 2016 nov 22]. Disponível em: <https://siste->

mas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1766.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. 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. Nº 101. Diário Oficial da União. Seção 1 – p.29. [acesso em 2017 jun 04]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.

25. Caravatto PP, Petry T, Cohen R. Cirurgia bariátrica em adolescentes. *Blucher Medical Proceedings*. 2014; 1(4):1-6.

26. Silva PRBD, Souza MRD, Silva EMD, Silva SAD. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014; 27(supl 1):35-38.

27. Richards WO, Schirmer MDD. Obesidade mórbida. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston. *Tratado de Cirurgia*. 18ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010; p. 374-404.

28. Sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica. [Homepage]. Consenso bariátrico. [acesso em 2017 jun 04]. Disponível em http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php#preparo_pre

29. Sarmiento R, Casagrande D, Schaan B. Cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade: impacto sobre o metabolismo ósseo. *Revista HUPE*. Rio de Janeiro. 2014; 13(1):87-93.

30. Mason EE, Doherty C, Cullen JJ et al. Vertical gastropasty: evolution of vertical banded gastropasty. *World J Surg*. 1998; 22(9):919-24.

31. Kuzmak LI. A review of seven years experience with silicone gastric banding. *Obes Surg*. 1991; 1(4):403-8.

32. Acquafresca PA, Palermo M, Rogula T, Duza GE, Serra E. Early surgical complications after gastric by-pass: a literature review. *ABCD. Arq Bras Cir Dig*. 2015; 28(1):74-80.

33. Pereira JS. Perfil glicêmico e lipídico pré e pós-cirurgia bariátrica. [monografia] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013. [acesso em 2017 jun 04] Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/8036/1/Jamerson%20>

34. Chaves YDS, Destefani AC. Pathophysiology, diagnosis and treatment of dumping syndrome and its relation to bariatric surgery. ABCD. Arq Bras Cir Dig. 2016; 29 (supl 1): 116-119.
35. Scopinaro N, Marinari GM, Camerini G et al. Biliopancreatic diversion. World J Surg. 1998; 22(9):936-946.
36. Périssé LGS, Périssé PCM, ECBC-RJ, Ribeiro KF. Gastric wall changes after intragastric balloon placement: a preliminary experience. Rev. Col. Bras. Cir. 2016; 43(4):286-288.
37. Arruda PCL, de Albuquerque AC. Obesidade mórbida. In: Ferraz AAB, Mathias CAC, Ferraz EM. Condutas em cirurgia geral. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003; p. 681-703.
38. Pessoa MG, Burgos A. Uso de bebida alcoólica em períodos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(1):3-8.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. 2007 set 05; 144(172 Seção 1):31-6.
40. Suizu MA, Rodrigues R, Beraldo JI. Verificação de Anemia em Pacientes Submetidos à Gastroplastia Redutora (Tipo Y de Roux). Revista Saúde e Pesquisa. 2015; 8(1):27-33.
41. Silva AAD, Araújo RPD, Gurgel LA, Aguiar JBD. Influência do exercício físico sobre a composição corporal após gastroplastia. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2014; 11(38):25-31.
42. Novais PFS. Polimorfismos genéticos como moduladores do consumo alimentar, peso corporal e comorbidades após um ano de cirurgia bariátrica [tese] [Internet]. Araraquara – SP: Universidade Estadual Paulista; 2015. [acesso em 2017 jun 04] Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134142/000854099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Marchesini SD, Baretta GAP, Cambi MPC, Marchesini JB. Procedimento de plasma endoscópico de argônio no tratamento do reganho de peso após a cirurgia bariátrica: qual o conhecimento dos pacientes sobre isto? ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014; 27 (supl 1):47-50.

44. Baretta GAP, Alinho HC, Matias JEF, Marchesini JB, Lima JHF, Empinotti C et. al. Argon plasma coagulation of gastrojejunal anastomosis for weight regain after gastric bypass. *Obes surg.* 2015; 25(1):72-79.
45. Cambi MPC, Marchesini SD, Baretta GAP. Post-bariatric surgery weight regain: evaluation of nutritional profile of candidate patients for endoscopic argon plasma coagulation. *ABCD. Arq Bras Cir Dig.* 2015; 28(1):40-43.
46. Silva MAM, Rivera IR, Barbosa EMW, Crispim MAC, Farias GC, Fontan AJA et. al. Frequência de fatores de risco cardiovascular antes e 6 e 12 meses após gastroplastia. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(4):381-386.
47. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(2):157-64.
48. Mariano MLL, Monteiro CS, Paula MAB. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3): 38-45.

Equipe Transdisciplinar na Cirurgia Bariátrica

DANILO MICAEL LUCENA E CARVALHO¹

ANALICE DE CARVALHO TAVARES²

SARAH MARIA PONTES BRAGA³

VIRGÍNIA ÂNGELA MENEZES DE LUCENA E CARVALHO⁴

¹Residente em Cirurgia Geral e Graduado em Medicina-UFCG

²Graduada em Psicologia-UFPB

³Discente do Curso de Medicina-UFPB

⁴Orientadora. Docente do Curso de Medicina-UFPB

12.1 Cirurgia bariátrica: especialidade médica e equipe transdisciplinar

A obesidade é uma doença universal de prevalência epidêmica, caracterizada pelo avanço da quantidade de gordura corporal e mudanças estéticas no corpo. Constitui-se uma das grandes fontes geradoras de dificuldades para a saúde pública nas sociedades atuais. Ademais, estabelece um desafio para os profissionais coadjuvantes aliviar ou eliminar o excesso de lipídio corporal¹. Os obesos e obesos mórbidos apresentam uma vulnerabilidade aumentada de serem acometidos por enfermidades tais como diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, dislipidemia. À medida que a ciência e tecnologia avançam, torna-se cada vez mais relevante uma abordagem transdisciplinar que possa intervir na condição de saúde dos indivíduos obesos².

Uma intervenção direta e eficiente dependerá da formação da equipe clínica e cirúrgica, que inclua uma visão holística do paciente e seja capaz de abordá-lo de forma integral, analisando suas principais fragilidades na busca pela redução do índice de massa corporal (IMC) e propondo soluções durante o acompanhamento e assessoria. Para tanto, é fundamental a atuação de equipes de profissionais, tanto de caráter permanente como também associados³.

A equipe permanente é composta pelo cirurgião bariátrico, clínico geral, endocrinologista, intensivista ou cardiologista, psiquiatra, psicólogo e o nutricionista. A equipe associada é composta por profissionais que atuarão de maneira integrada com a equipe permanente, sendo composta por anestesiológico, endoscopista, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, cirurgião plástico, nutrólogo, odontólogo e o terapeuta ocupacional³.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) recentemente regulamentou a cirurgia bariátrica como área de atuação de acordo com a Resolução nº 2.116/2015. A intervenção cirúrgica passa a ser formalmente ligada às áreas de cirurgia geral e de cirurgia do aparelho digestivo. Antes, a atuação do cirurgião bariátrico, apesar de orientada e fiscalizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), não incluía a chancela desta sociedade para que os profissionais da saúde se aperfeiçoassem como cirurgões bariátricos^{4,5}. Os pontos fortes do procedimento abrangem resolução ou melhora acentuada de doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia e perda de peso⁶. As cirurgias com desvio intestinal (Bypass Gástrico e Derivação Biliopancreática), geralmente, são as mais eficazes no controle da obesidade por meio do estímulo à produção de hormônios⁷.

Considerando a complexidade da cirurgia bariátrica, há necessidade de interação e inter-relação global de várias ciências. Jean Piaget foi o primeiro a conceituar a transdisciplinaridade em 1970, argumentando que é a única forma válida de interação que supera os limites da interdisciplinaridade⁸. Este conceito refere-se a um novo paradigma que transcende o domínio de cada disciplina e tem origem a partir da articulação que possibilita o surgimento de uma perspectiva compartilhada da realidade, possibilitando que a equipe mantenha uma relação harmônica, com tendência à socialização das relações de poder^{8,9}. Sendo assim, caracteriza-se como uma forma de atravessar as fronteiras epistemológicas de cada ciência, praticando o diálogo e a interlocução dos saberes sem perder de vista a pluralidade. Não obstante, respeitando a singularidade dos componentes da equipe^{10,11}.

12.2 A importância da relação profissional-paciente no êxito do tratamento

A obesidade mórbida causa graves problemas de saúde, de ordem fisiológica, além de afetar aspectos psicológicos e sociais tais como ansiedade, preconceitos, diminuição da autoestima e depressão¹². Por estes motivos, a abordagem utilizada pelos profissionais que trabalham com obesos deve buscar a autorreflexão sobre os próprios conceitos e conhecimentos a respeito desta doença, o que proporciona maior capacidade para a ação, sendo necessário ampliar o entendimento sobre saúde e adoecimento nas atividades clínicas. Para tanto, é necessário realizar adaptações das práticas que possibilitem um maior respeito ao paciente, a partir de abordagens multi e interdisciplinares¹³, tendo como substrato de base que o tra-

tamento da obesidade deve ser planejado e executado por uma equipe multiprofissional que vise à recuperação do paciente bariátrico e a melhora da sua qualidade de vida¹⁴. Trabalhar numa equipe interdisciplinar proporciona a possibilidade de diálogo entre os profissionais, promovendo a interlocução entre os diversos saberes¹².

A cirurgia bariátrica divide-se em três momentos fundamentais, sendo necessária a dedicação do paciente junto à equipe multiprofissional para que tudo ocorra conforme o previsto. Na primeira fase, o paciente candidato à cirurgia, deverá fazer as avaliações solicitadas: clínica, psicológica e nutricional junto à equipe da cirurgia bariátrica. Este momento pode levar meses ou anos a depender do serviço de saúde que a oferece. Uma vez avaliado e preparado pela equipe, será permitido ao indivíduo ser encaminhado à cirurgia^{14,15}. A literatura tem demonstrado que o sucesso do tratamento depende principalmente de quão comprometido está o paciente e a equipe, revelando um impacto significativo na eficácia da cirurgia bariátrica¹⁵.

A segunda fase, o pós-operatório, é considerada de grande impacto por exigir empenho ainda maior do paciente. O indivíduo é desafiado em sua capacidade de se manter estimulado para aderir às exigências do tratamento, que serão as dietas líquidas, demais restrições alimentares e todo acompanhamento necessário ao novo estilo de vida saudável. Nesse momento, a capacidade do paciente bariátrico de vincular-se à equipe de cirurgia é fundamental, para seguir as orientações sobre cuidados necessários e mudanças alimentares obrigatórias do período, garantindo seu bem-estar e adaptação futura^{14,15}.

No decorrer dos meses, inicia-se a terceira fase, momento em que o paciente já se encontra adaptado aos novos hábitos alimentares e ainda processando as mudanças emocionais decorrentes. Nessa etapa, o tratamento passa a demandar novos esforços emocionais e comportamentais e o paciente estará exigindo maior atenção e interação junto à equipe multiprofissional^{14,15}.

12.3 Equipe transdisciplinar e cirurgia bariátrica

12.3.1 Cirurgião bariátrico

O cirurgião bariátrico faz parte da equipe transdisciplinar permanente. É o profissional que apresenta o maior protagonismo e responsabilidade no processo cirúrgico. Cabe a ele, o processo de informação que constitui a peça mais importante no que tange a preparação para cirurgia bariátrica. Nesse cenário, informar ao paciente as demandas no pré-operatório, durante a intervenção e no pós-operatório faz parte da preparação para cirurgia e da consulta

com este especialista. Cabe ainda a ele expor ao paciente todas as técnicas cirúrgicas empregadas na cirurgia metabólica, discutindo os aspectos positivos e negativos de cada uma das alternativas, bem como confirmar a existência de unidade de terapia intensiva (UTI) devidamente aparelhada e a disponibilidade hospitalar para realização de exames laboratoriais e de imagens¹⁶.

É de responsabilidade do cirurgião bariátrico informar sobre os documentos formais obrigatórios à realização do procedimento e conferir se há parecer favorável emitido por psiquiatra ou psicólogo, bem como ter em mãos o termo de consentimento informado^{16,17}. Além disso, deve ser capaz de ter boa relação com outros profissionais de saúde e colegas médicos de outras especialidades, visto a grande complexidade de comorbidades apresentadas pelos indivíduos obesos¹⁶⁻¹⁸.

12.3.2 Clínico geral, endocrinologista, intensivista e cardiologista

É imprescindível que todos os candidatos à cirurgia bariátrica se submetam a uma avaliação rigorosa e criteriosa realizada pelo clínico geral, endocrinologista, intensivista e cardiologista, conforme os critérios estabelecidos pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO). Após essa avaliação, todos os casos devem ser discutidos e avaliados individualmente, em reunião da equipe transdisciplinar, que afere as condições antes de serem aprovados para cirurgia de redução de estômago^{17,18}.

Além da perda significativa de peso, pacientes bem acompanhados clinicamente no pré e pós-operatórios tem maior oportunidade de ter benefícios relacionados às doenças associadas à obesidade. Não obstante, a eficácia do tratamento da obesidade mórbida, indicando grande redução de peso estar sujeito à colaboração do paciente como protagonista e da capacidade da equipe transdisciplinar em instigar a adoção de hábitos alimentares saudáveis e programas de atividade física^{16,17,19}.

12.3.3 Psiquiatra

É inegável que a gastroplastia desencadeia mudanças físicas e psíquicas no paciente ex-obeso mórbido. Neste contexto, a ajuda psiquiátrica é essencial para obtenção de uma imagem corporal que contribua para elevação da autoestima do paciente, bem como visando reduzir possíveis complicações pós-operatórias decorrentes da não aceitação do novo estilo de vida. Em caso de transtornos psiquiátricos ou dependência química de álcool ou drogas, deve ser

analisada cada situação, podendo ser desaconselhada a realização do procedimento cirúrgico^{18,19}.

O atendimento psiquiátrico após a cirurgia bariátrica visa priorizar uma dinâmica de modificações da conduta alimentar e sedentária, objetivando à manutenção do peso. Neste momento, se iniciam as metamorfoses na autoimagem, na autoestima e nas perspectivas de autorrealização, nas relações familiares, profissionais e nas interações sociais. Somado a estes fatores, a ajuda psíquica deve orientar ao paciente que, não menos importante que esta perda de peso, é não voltar a engordar após o procedimento cirúrgico¹⁷⁻¹⁹.

12.3.4 Nutricionista

É preciso ressaltar que a limitação da ingestão e da absorção de nutrientes essenciais para o organismo pode ocasionar deficiências nutricionais, comprometendo o resultado da cirurgia²⁰. Compete ao nutricionista propiciar uma avaliação clínica e alimentar, que contemple aspectos qualitativos e quantitativos, através de questões nutricionais e de comportamento, bem como precauções em longo prazo. Também é atribuição do nutricionista entender as consequências nas particularidades dietéticas do obeso, observando o processo de absorção do corpo e auxiliando os mesmos a compreenderem essas etapas e instruí-los em como esquivar-se de dilemas acerca da restrição calórica, além da prescrição de suplementos, evitando possíveis complicações após a cirurgia^{21,22}.

Além disso, a atuação do nutricionista consiste em: orientar sobre as possíveis deficiências que podem ocorrer em cada técnica cirúrgica e conduzir o tratamento com suplementação, considerando as graves consequências de deficiências nutricionais (anemia, perda de massa óssea, desnutrição proteica, neuropatia periférica, danos visuais, encefalopatia de Wernicke e má formação fetal)²³. É através do acompanhamento nutricional que o paciente percebe a amplitude do processo ao qual será submetido, pois seus hábitos alimentares após a cirurgia sofrerão mudanças significativas. Por esta razão, inicia-se o ajuste na alimentação ainda no pré-operatório, preparando-o para os novos hábitos alimentares²⁰.

A avaliação nutricional, com a investigação sobre o que o paciente costuma ingerir é fundamental. Exames de sangue são importantes para verificar o estado nutricional do paciente. Isto é, saber se o mesmo goza de plena saúde ou se apresenta subnutrição. Em muitos casos os pacientes apresentam falta de um ou mais micronutrientes e alguns destes pacientes podem apresentar anemia e deficiência de cálcio. É de extrema importância a reposição desses

elementos antes da cirurgia para prevenir complicações que podem ser previstas e evitadas, considerando que a cirurgia bariátrica, independente da técnica utilizada, é apenas uma restrição física e, sozinha, não promove uma mudança real e concreta nos hábitos alimentares e comportamentais do paciente, e, portanto, é necessário um acompanhamento nutricional efetivo intensivo no pré-operatório para este grupo de pacientes²².

As orientações dietéticas têm como objetivo não apenas prevenir complicações pós-cirúrgicas, mas também minimizar efeitos colaterais, entre eles vômitos e *dumping* (mal-estar súbito que ocorre quando o indivíduo ingere certos alimentos após a cirurgia de *bypass* gástrico). O *dumping* resulta da passagem rápida de alimentos da bolsa gástrica para o intestino, principalmente alimentos muito concentrados, gordurosos e doces, como chocolates e cremes. Esses alimentos causam diarreia, taquicardia, suor excessivo, enjoo e vômitos entre 15 a 30 minutos após a ingestão do alimento. Também pode ocorrer queda da glicemia após 1 a 2 horas por excesso de liberação de insulina pelo pâncreas²².

Durante o pré-operatório o nutricionista inicia a reestruturação alimentar e prepara o paciente para a dieta a ser seguida no pós-operatório, instituindo por alguns dias o exercício de atenção à mastigação, ausência de líquidos nas refeições e o fracionamento das mesmas. A orientação nutricional envolve não apenas o plano alimentar, mas também as informações relativas à seleção dos ingredientes, tipo de preparo e cozimento, receitas e como atingir a consistência ideal para cada fase. Apesar de restrita, a alimentação deve ser prazerosa, diversificada e readaptada ao longo do tempo para fornecer todos os nutrientes necessários. Outro aspecto fundamental na adesão do tratamento é considerar as preferências alimentares e até mesmo os aspectos culturais de cada paciente²².

Após a cirurgia, o acompanhamento nutricional faz-se necessário haja vista que exige dietas com severa restrição calórica que, se utilizadas por períodos prolongados, podem agravar os distúrbios metabólicos causando desidratação, desequilíbrio hidroeletrólítico, hipotensão ortostática e aumento da concentração de ácido úrico no sangue²⁰. Outro aspecto observado após a bariátrica é que, com o passar do tempo, a perda do peso tende a se estabilizar e para que aconteça de modo saudável, faz-se necessário a reeducação alimentar direcionada às necessidades individuais e adesão do paciente às mudanças e uso regular de suplementos alimentares²⁴.

Deve ser ressaltado que os ajustes ao longo da vida para o comportamento alimentar e as atividades físicas são necessárias para perda de peso bem-sucedida, ou seja, perder peso com saúde

e conseguir manter para prevenir complicações em longo prazo²⁰. Neste sentido, é essencial o acompanhamento clínico-nutricional especializado que deverá ocorrer rotineiramente com análise criteriosa dos seguintes fatores: monitorização da perda do excesso de peso, inclusive com avaliação da composição corpórea; presença de sinais clínicos associados a carências nutricionais específicas, com ênfase nas deficiências de micronutrientes; análises laboratoriais e acompanhamento da ingestão alimentar²⁵.

12.3.5 Psicólogo

A psicologia é a ciência que estuda o comportamento humano e animal e seus processos mentais. Ou seja, investiga o que motiva a conduta humana, o que gera os processos mentais (sensação, emoção, percepção, aprendizagem, inteligência). A psicologia inter-vém nas áreas: escolar/educacional, organizacional e do trabalho, de trânsito, jurídica, do esporte, clínica, hospitalar, psicopedagogia, psicomotricidade, social e neuropsicologia^{26,27}.

Dentre os âmbitos de atuação da psicologia o mais destacado é a psicologia clínica. Esta abordagem estuda e ajuda os indivíduos que possuem inconvenientes para enfrentar a vida cotidiana, como decorrência de alguma patologia mental. Uma das técnicas mais usadas na psicologia clínica é a psicoterapia e o aconselhamento^{28,29}.

As psicoterapias são consideradas práticas de atenção psicológica que visam auxiliar o indivíduo a lidar com seu sofrimento emocional através da escuta clínica. As psicoterapias têm sido reconhecidas como uma das estratégias importantes para trabalhar problemas de saúde mental, reabilitação psicossocial e profissional, dentre outras. É através da psicoterapia que o terapeuta estabelece um vínculo, uma aliança terapêutica com o paciente, mediado por formas verbais e não verbais de intervenção, com o objetivo de mitigar o sofrimento mental, modificar comportamento desajustado e motivar condutas assertivas^{29,30}.

Neste sentido, é de suma importância que seja adicionado ao tratamento do indivíduo obeso uma abordagem terapêutica que considere as dimensões biopsicossociais e a manutenção da perda de peso em longo prazo, contribuindo para a diminuição das comorbidades e proporcionando bem-estar subjetivo aos obesos³¹.

Antes de mudanças comportamentais, implica-se a necessidade de alterações cognitivas, sendo a terapia cognitiva comportamental (TCC) padrão ouro para estas modificações. Parte-se do princípio que indivíduos obesos ou com sobrepeso possuem crenças disfuncionais acerca da alimentação e do peso. Este esquema

cognitivo gera sentimento de culpa, ansiedade, preocupações, raiva, estresse, tristeza e impotência, resultando em problemas de relacionamento interpessoal, conjugal e familiar, além de associar-se a outros transtornos psicológicos como depressão e transtorno de compulsão alimentar^{31,32}.

O Instituto Nacional em Saúde dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incentivar a abordagem multidisciplinar do obeso que se submeterá a cirurgia bariátrica, incluindo a avaliação psicológica no período pré-operatório, como parte fundamental do processo. Da mesma forma, o consenso bariátrico brasileiro da SBCBM e o CFM apoiaram essa prática, quando pleitearam a presença do psicólogo na equipe multidisciplinar³³.

É competência do psicólogo avaliar se o indivíduo está preparado emocionalmente para a cirurgia e posteriormente à perda de peso. Além disso, é fundamental a compreensão dos aspectos associados aos períodos anterior e posterior à cirurgia, como também esclarecer e alertar sobre os riscos e complicações, discutir as dúvidas quanto à gastroplastia, exames e efeitos requeridos em longo prazo, consequências emocionais, sociais e físicas e responsabilidades individuais esperadas^{33,34}. É pertinente a este profissional certificar se o paciente está apto ou não à realização do procedimento cirúrgico e às mudanças pós-operatórias³⁵.

Ademais, a atuação do psicólogo faz-se necessária junto ao paciente bariátrico, uma vez que este proporcionará a reestruturação cognitiva do esquema da consciência do paciente em relação ao seu corpo e aos acontecimentos cotidianos, isto é, a adequação à nova imagem corporal, que foi alterada pelo procedimento cirúrgico^{34,35}. Através da psicoterapia individual ou grupal o paciente apreenderá o que está acontecendo, um período de mudanças e adaptações. Ainda que, o indivíduo emagreça é necessário que este seja treinado em assertividade e resolução de problemas como forma de administrar os conflitos^{31,36}.

Um aspecto relevante observado após a gastroplastia é a associação à ameaça de comportamentos compulsivos, praticados na ausência de um setting psíquico sistemático. Na maioria dos casos, esses distúrbios se manifestam na forma de bulimia, alcoolismo, depressão, compulsão por compras, entre outros. Daí a importância do acompanhamento psíquico após a cirurgia. O que demanda a retomada imediata da psicoterapia³⁰.

12.3.6 Educador físico

A prática regular de atividade física tem sido recomendada há anos para a prevenção e a reabilitação de doenças cardiovasculares

e outras doenças crônicas³⁷. Estudos tem demonstrado forte relação entre inatividade física e a presença de múltiplos fatores de risco, como os encontrados na síndrome metabólica³⁷⁻³⁹. Por outro lado, a literatura demonstra efeitos benéficos do exercício físico sobre a hipertensão arterial, a resistência à insulina, a diabetes, a dislipidemia e a obesidade⁴⁰. Intervenções que visem a prática regular e sistematizada de atividade física para a melhora da saúde e da qualidade de vida devem ser encorajadas ao indivíduo obeso antes e após a cirurgia bariátrica. Para tanto, torna-se importante a participação de educadores físicos na equipe multiprofissional a fim de promover atividades prazerosas e que contribuam para um maior gasto calórico e melhor benefício para a saúde⁴¹.

Indivíduos obesos que se submetem a dietas com alta restrição calórica, antes e após a cirurgia bariátrica, podem apresentar uma diminuição da taxa metabólica de repouso e do gasto de energia total, o que resulta em uma maior dificuldade para emagrecer, uma vez que a velocidade de perda de peso diminui durante o tratamento. O exercício físico contribui para minimizar os efeitos deletérios dessa restrição, pois é capaz de reverter à queda na taxa metabólica basal durante a execução de um programa de perda de peso. Além disso, combinado à restrição calórica, a prática sistematizada de exercícios físicos favorece a diminuição do peso corporal, potencializando a perda de gordura e reduzindo a perda de massa muscular^{42,43}.

Na maior parte da população, a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física (podendo ser formal ou de lazer, de maneira contínua ou acumulada em sessões de pelo menos 10 minutos), de intensidade no mínimo moderada, realizada na maioria dos dias da semana (de preferência todos), em que haja um dispêndio total de 700 a 1.000 kcal (quilocalorias) por semana, tem sido proposta para a manutenção da saúde e prevenção de uma grande variedade de doenças crônicas. No entanto, indivíduos com síndrome metabólica, por apresentarem fatores de risco para doença cardiovascular, obterão maiores benefícios com a prática regular de atividade física se esta for planejada de forma individualizada, focalizando a melhora de seu estado de saúde, e considerando seus fatores de risco e capacidade física, bem como sua história e metas^{42,43}.

12.3.7 Fisioterapeuta

A atuação do fisioterapeuta no tratamento da obesidade contempla o campo de intervenções sobre as comorbidades causadas devido à doença e a recuperação do paciente após o procedimento cirúrgico. No que se refere ao tratamento conservador e/ou pré-ope-

ratório da gastroplastia, a abordagem do fisioterapeuta terá como objetivo realizar a reeducação diafragmática; manter e/ou restaurar os volumes e capacidades pulmonares fisiológicas; promover o aumento da complacência torácica e pulmonar; proporcionar o fortalecimento da musculatura acessória da respiração; trabalhar o condicionamento físico juntamente com o educador físico; manutenção da frequência cardíaca basal e fazer orientações sobre atividades da vida diária⁴⁴.

As técnicas fisioterapêuticas utilizadas para que esses alvos sejam alcançados são diversas e específicas àquilo que se pretende atingir. Para o trabalho do padrão respiratório pode-se utilizar o trabalho de padrão diafragmático, onde o paciente é orientado a redirecionar o fluxo de ar da região torácica para abdominal, por meio da consciência corporal; técnicas de inspiração sustentada (apneia máxima), que consiste em inspirações profundas e lentas e a técnica de inspiração fracionada que consiste em ciclos de inspirações breves de diferentes volumes pulmonares. Essas técnicas são utilizadas quando se objetiva o ganho de volumes pulmonares que se apresentam reduzidos, pois causam sobre os alvéolos forças de expansão muito maiores do que é gerado pelo volume-corrente, auxiliando assim na reexpansão do tecido pulmonar^{44,45}.

Para o reestabelecimento da expansão pulmonar fisiológica, o fisioterapeuta faz uso de incentivadores respiratórios que trabalham as capacidades pulmonares e transmitem ao paciente um *feedback* visual e quantitativo do seu treino⁴⁶. Para o paciente portador de obesidade mórbida é utilizado o inspirômetro de incentivo ao fluxo, em que o paciente precisa alcançar uma pressão subatmosférica, gerando um fluxo de ar ideal que vença uma resistência, aumentando assim sua capacidade inspiratória⁴⁴⁻⁴⁶.

O condicionamento físico do paciente se dará por meio da atuação multiprofissional do fisioterapeuta e educador físico, sempre que apresentar uma clínica de comorbidades cardiovasculares, fazendo-se necessário a avaliação da frequência cardíaca de repouso do indivíduo para que seja respeitado o nível de treinamento que não trará repercussões danosas. A manutenção de um condicionamento cardiorrespiratório em portadores de obesidade será benéfica em situações em que ele precisará passar pelo tratamento cirúrgico da gastroplastia, pois diminuirá as complicações do pós-cirúrgico⁴⁵.

O tratamento fisioterapêutico no pós-operatório imediato da gastroplastia deverá seguir a especificidade de cada paciente. Pacientes que são portadores de síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) requerem monitoramento e avaliação periódica das vias aéreas superiores (VAS). A sedação farmacológica pode diminuir o tônus da musculatura faríngea superior, o que pode comprometer a permeabilidade

das VAS⁴⁶. Sendo assim a oferta de oxigênio por meio de cateter nasal e/ou uso da pressão positiva contínua (CPAP) devem ser utilizados, para manter a saturação e prevenir uma possível reintubação. Outro ponto importante do pós-operatório é o posicionamento no leito; paciente em decúbito dorsal com inclinação de 30° garante uma maior ventilação pulmonar, diminuindo o trabalho respiratório e também o acúmulo de secreções. A deambulação precoce favorecerá a prevenção de formação de trombos e complicações cardiopulmonares⁴⁶.

12.4 A relevância da cirurgia plástica na redefinição da imagem corporal

A consequência natural da perda maciça de peso em pacientes submetidos à gastroplastia é o excesso de pele por todo o corpo, sendo necessária uma intervenção que possa melhorar o aspecto físico dos indivíduos ex-obesos. Para tanto, nota-se uma procura cada vez maior por profissionais da cirurgia plástica com o objetivo de redefinir os contornos perdidos devido à obesidade. O conhecimento das alternativas cirúrgicas bem como seus possíveis resultados se torna relevante para todo paciente pós cirurgia bariátrica.

Os excessos dermogordurosos consequentes à perda e à estabilização do peso demandam procedimentos em cirurgia plástica com o objetivo de readequar o contorno corporal para melhorar as condições da dinâmica corporal, higiene, postura, autoimagem e qualidade de vida⁴⁷. Quanto maior a indicação de cirurgia bariátrica, maior será a demanda por cirurgias plásticas visando corrigir as deformidades corporais⁴⁸. O cirurgião plástico envolvido nesse campo de atuação deve ter domínio de todas as técnicas e táticas cirúrgicas que podem ser utilizadas, bem como deve saber lidar com as complicações e intercorrências que surgirem, assim como ter apoio de uma equipe multidisciplinar que ofereça suporte ao paciente⁴⁹.

No começo do século XX, Kelly iniciou os procedimentos de abdominoplastia para tratamento do excesso de pele de pacientes ex-obesos⁵⁰. Na década de 1960, variações da técnica foram apresentadas por vários autores, como Castañares e Goethel, que propuseram ressecção vertical e horizontal, conferindo aspecto de âncora à cicatriz final⁵¹. Uma década depois, Regnault preconizou a retirada do excedente cutâneo com marcação em “flor de lis”^{52,53}. Por fim, Pitanguy desenvolveu o método de abdominoplastia transversa, no qual faz grande descolamento do retalho abdominal e plicatura dos músculos retos abdominais para correção da diástase⁵⁴.

As abdominoplastias são realizadas com incisões transversais baixas, objetivando esconder as cicatrizes sob as roupas íntimas e tra-

jes de banho, tendo melhor aceitação estética pelos pacientes. Porém, sendo o excesso de pele visível tanto no sentido craniocaudal como no látero-lateral, as técnicas com cicatriz horizontal única tornam-se inviáveis. Desse modo, podem ser feitas incisões que combinam cortes no sentido vertical e horizontal, como as incisões em âncora ou em “flor-de-lis”. No entanto, o ponto de confluência dessas cicatrizes (área conhecida como “T”) pode sofrer complicações^{55,56}.

Considera-se de fundamental importância o perfil psicoemocional dos candidatos a cirurgia plástica pós-bariátrica na abordagem geral dos ex-obesos. A negligência de uma adequada avaliação psicológica pode significar o insucesso do procedimento, com reflexos adversos na morbidade cirúrgica. Ademais, essa necessidade se torna ainda maior quando os pacientes não são atendidos em grandes centros de referência em cirurgia bariátrica, onde não há equipes multidisciplinares especializadas no tratamento da obesidade, nem tampouco abordagem psicológica, antes e depois do emagrecimento. O paciente deve apresentar motivação interna que expresse sentimentos de melhorar a autoestima e aprimorar condições físicas que ele mesmo identifica e reconhece como sendo desfavoráveis. Se a principal motivação cirúrgica estiver caracterizada como uma busca para satisfazer necessidades ou aspirações de terceiros (familiares, cônjuges ou amigos), faz-se necessária nova abordagem profissional de caráter interdisciplinar⁵⁷.

Não há evidência científica de que pacientes idosos apresentariam pior evolução e maior número de complicações que pacientes jovens ao realizarem procedimentos cirúrgicos plásticos após perda maciça do peso⁴⁸. Em relação à faixa etária dos adolescentes, apesar da recente e farta literatura sobre cirurgias bariátricas, não há grande divulgação sobre procedimentos plásticos de contorno corporal nessa população e suas possíveis consequências⁴⁷.

Cabe ao cirurgião plástico acessar genericamente o histórico e o status psiquiátrico atual do paciente antes de iniciar o planejamento cirúrgico de contorno corporal, encaminhando para investigação especializada aqueles que apresentam sintomas de tristeza acentuada, alterações do sono, apetite e concentração, pois grande parte deles já esteve ou ainda está em acompanhamento psiquiátrico, sendo necessária a liberação por parte deste especialista para se realizar o procedimento plástico. Pode haver demandas judiciais geradas por pacientes insatisfeitos com suas cirurgias de contorno corporal, alegando não gozar de suas faculdades para melhor compreender os desdobramentos e as possibilidades da cirurgia plástica pós bariátrica⁵⁷. Dessa forma, ratifica-se a inter-relação de uma equipe transdisciplinar para o cuidado de pacientes obesos e ex-obesos.

1. Wadden T, Brownell KD, Foster GD. Obesity: responding to the global epidemic. *J Consult Clin Psychol*. [Internet]. 2002 [acesso em 2017 mar 15]; 70:510-525. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.510>.
2. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res*. [Internet]. 2002 [acesso em 2017 abr 10]; 53:1029-1036. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00487-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00487-7).
3. Segal A; Franques ARM. Atuação Multidisciplinar na Cirurgia Bariátrica. 1st ed. São Paulo: Miró; 2012.
4. Diniz MTC; Maciante, BA. Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. In: Diniz MTC, et al. (Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2012. p.13-21.
5. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. [Homepage]. Obesidade em notícia 2008 [acesso em 2017 mar 30]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/reportagens/pesquisa_pop_brasi_obesidade_morbida.htm
6. Toscano, J. Aspectos gerais da obesidade mórbida. In: Toscano, JJO. (Org.). *Obesidade Mórbida: Abordagem Multidisciplinar*. Maceió: EDUFAL, 2010. p 17-35.
7. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292(14):1724-37.
8. Weil, Pierre, et al. Rumo à Nova Transdisciplinariedade: sistemas aberto de conhecimentos. [Internet]. São Paulo: ed. Summus; 1993. p. 15-40. [acesso em 2017 abr 4]. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=iPjTgwvVff8C>.
9. Aiub M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. *O Mundo da Saúde*. 2006; 30(1): 107-116.
10. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(3):30-50.

11. Theophilo R. A transdisciplinaridade e a modernidade. [Internet]. 2000 [acesso em 2010 fev 24]. Disponível em: <http://www.sociologia.org.br/tex/ap40.htm>.
12. Motta A, Gomes K, Macedo M, Negreiros L. Programa de cirurgia bariátrica: Grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. Rev do Hosp Univ Getúlio Vargas [Internet]. 2011 [acesso em 2017 abr 4]; 10(2): 31-4. Disponível em: <http://www.hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA%202011/Revista%202%20Artigos/artigo%203.pdf>
13. Grejanin D, Pezzo T, Nastri V, Sanches V, Nascimento D, Quevedo M. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum [Internet]. 2007 [acesso em 2017 abr 9]; 17(3):37-47. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/04.pdf>.
14. Lopes L, Caíres A, Veiga A. Relevância da equipe multiprofissional à cirurgia bariátrica. Rev UNINGÁ [Internet]. 2013 [acesso em 2017 fev 8]; 38:163-74. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140131_112150.pdf
15. Camargo S, Masari S, Inácio T. Preparação multidisciplinar pré-cirurgia bariátrica na visão do cliente. Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento [Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 2]; 6(32):123-8. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/210>
16. Caravatto PP, et al. Principais técnicas cirúrgicas aprovadas. In: SEGAL, A.; Franques, ARM (Coord.). Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão da COESAS-SBCBM. São Paulo: Miró Editorial; 2012.
17. Garrido Junior AB. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade, São Paulo: Lemos Editorial; 2008, p.331-341.
18. Rosenbaum P. Definição do problema: obesidade. In: Segal A; Franques ARM (Coord.). Atuação multidisciplinar na cirurgia: a visão da COESAS-SBCBM. São Paulo: Miró Editorial; 2012.
19. Franques ARM, et al. O ganho de peso após a cirurgia bariátrica. In: Franques ARM; Arenales-Loli MS (Org.). Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor; 2011.

20. Costa D. Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 15]; 7(39): 57-68. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/303>
21. Bordalo L, Teixeira T, Bressan J, Mourão D. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 fev 5]; 57(1): 113-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100025>
22. Campos F, Goular B, Costa L. Avaliação da perda ponderal após realização da cirurgia bariátrica e metabólica. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 9]; 1:1-14. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/1358985/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-perda-ponderal-ap%C3%B3s>
23. Bordalo A, Mourão D, Bressan J. Deficiências nutricionais após cirurgias bariátricas. Por que ocorrem? *Acta Med Port* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 jan 14]; 24(S4):1021-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a25.pdf>
24. Araújo A, Motta e Silva T, Fortes R. A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Comum. ciênc. saúde* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 dez 4]; 21(2):139-50. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/importancia_acompanhamento.pdf
25. SBCBM. A nutrição antes da cirurgia. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. [Homepage] 2016 [acesso em 2017 fev 1]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/multidisciplinar-coesas/equipe-multidisciplinar/nutricao/>
26. Brasil escola. O que é psicologia? [Homepage]. 2016 [acesso em 2016 out 21]. Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/psicologia/o-que-e-psicologia.htm>
27. CRP 09. Áreas de atuação do Psicólogo. Conselho Regional de Psicologia. [Homepage]. 2016 [acesso em 2017 fev 1]. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/portal/orientacao-e-fiscalizacao/orientacao-por-temas/areas-de-atuacao-do-a-psicologo-a>
28. Muller R. Psicologia clínica [Internet]. 2016 [acesso em 2016 out 3]. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos-academicos/17492-psicologia-clinica>

29. Silva M, Gasparetto L, Campezzatto P. Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 dez 13]; 7(1):39-46. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100006&lng=pt
30. Comin F, Santos M. Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estud Psicol* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 15]; 29(supl 1):851-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500021>
31. Rocha C, Costa E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Aná Psicológica* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 17]; 30(4):451-66. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000300007
32. Luz F, Oliveira M. Terapia Cognitivo-comportamental da obesidade: Uma revisão de literatura. *Aletheia* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 3]; 40:159-73. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100014&lng=pt
33. Flores C. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: Práticas atuais. *ABCD Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 4]; 27(Supl 1):59-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00059.pdf
34. Sebastiani R, Maia E. Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2005 [acesso em 2016 out 14]; 20(Supl 1):50-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>
35. Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 out 15]; 22(3):533-50. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300010&lng=pt&tlng=pt
36. Elias E. Obesidade no Tratamento com Terapia Cognitivo Comportamental: uma revisão bibliográfica [Monografia] [Internet]. Cri-

ciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; 2013. [acesso em 2017 jan 5]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1764/1/Eliane%20Elias.pdf>

37. Guimarães G, Ciolac E. Síndrome metabólica: abordagem do educador físico. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* [Internet]. 2004 [acesso em 2017 jan 5]; 14(4):659–70. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Guimaraes2/publication/283600958_Sindrome_metabolica_Abordagem_do_educador_fisico/links/56421fd008aeacfd8938019b.pdf

38. Rinaldi A, Pereira A, Macedo C, Mota J, Burini R. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev paul pediatr* [Internet]. 2008 [acesso em 2017 jan 5]; 26(3):271–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000300012>

39. Zanchetta L, Barros M, César C, Carandina L, Goldbaum M, Alves M. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 jan 5]; 13(3):387–99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300003>

40. Matsudo S. Envelhecimento, atividade física e saúde. *BIS Bol do Inst Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em 2017 jan 6]; 47:76–9. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200020&lng=pt

41. Chiapetti A. A importância da atividade física na prevenção da obesidade infantil. *Rev Educ do IDEAU* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 6]; 8(18):1–12. Disponível em: http://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/12_1.pdf

42. Resende A, Pinheiro B, Paiva J, Diogo M, Navarro F. A importância do exercício físico no pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento* [Internet]. 2009 [acesso em 2017 jan 6]; 3(16):316–27. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/162/159>

43. Assis P, Melo C, Rodrigues R. Exercício físico resistido pós-cirurgia bariátrica: Relato de caso. *Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 jan 7]; 6(32):106–15. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/198>

44. Nakagawa N, Barnabé V. Fisioterapia do sistema respiratório. São Paulo: SARVIER; 2006. p. 331-341.
45. Tomich G, França D, Diniz M, Britto R, Sampaio R, Parreira V. Efeitos de exercícios respiratórios sobre o padrão respiratório e movimento toracoabdominal após gastroplastia. *Jorn Bras Pneum* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 jan 9]; 36(2):197-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000200007>
46. Lewandoski L. Aplicação de um protocolo fisioterapêutico em pacientes obesos com indicação a cirurgia bariátrica. [Monografia] [Internet]. Cascavel: Faculdade de Fisioterapia - Unioeste; 2005. [acesso em 2017 jan 10]. Disponível em: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/lizie.pdf>
47. Rocha RI, Gemperli R, Antonio ML, Modolin, Junior WC, Prieto MC, et al. Cirurgias plásticas para readequação de contorno corporal de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica durante a adolescência. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(4):588-93.
48. Smaniotto PHS, Saito FL, Fortes F, Scopel SO, Gemperli R, et al. Análise comparativa da evolução e das complicações pós-operatórias nas cirurgias plásticas do contorno corporal em pacientes idosos e jovens com perda ponderal maciça. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(3): 441-4.
49. André FS. Cirurgia plástica após grande perda ponderal. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(3): 532-9.
50. Kelly HA. Excision of the fat of the abdominal wall lipectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1910; 10: 229-31.
51. Castañares S, Goethel JA. Abdominal lipectomy: a modification in technique. *Plast Reconstr Surg.* 1967; 40(4):378-83.
52. Regnault P. Abdominoplasty by the W technique. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 55(3):265-74.
53. Regnault P. Abdominal dermolipectomies. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 2(3): 411-29.
54. Pitanguy I. Abdominal lipectomy. *Clin Plast Surg.* 1975; 2(3):401-10.

55. Junior PT, Batista BPSN, Milan LS, Faria GEL, Milcheski DA, Ferreira MC. Abdominoplastia vertical para tratamento do excesso de pele abdominal após perdas ponderais maciças. Rev Bras Cir Plást. 2012; 27(3):445-9.

56. Tardelli HC, Vilela DB, Eiras GL, Schwartzmann, Azevedo M, Júnior AMM, et al. Padronização cirúrgica das abdominoplastias em âncora pós-gastroplastia. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(2):266-74.

57. Pinho PR, Chillof CLM, Mendes FH, Leite CVS, Viterbo F. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(4):685-90.

Acesso Público e Privado à Gastroplastia

GUILHERME DA CUNHA ARAUJO¹

CARLOS JARDEL COSTA SOUSA¹

ALEX DE OLIVEIRA ALMEIDA²

LOURENÇO DE MIRANDA FREIRE NETO³

¹Discente do Curso de Medicina-UFPB

²Graduado em Farmácia e Discente do Curso de Medicina-UFPB

³Orientador. Docente do Curso de Medicina-UFPB

13.1 O acesso à saúde no Brasil

O direito ao acesso à saúde no Brasil passou por vários momentos até o surgimento do atual modelo denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um processo que tem como origem a busca por resguardar o próprio direito à vida, tendo como uma das facetas a garantia da promoção de serviços de saúde, desde a atenção básica, até os cuidados de maior complexidade, a exemplo dos procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade¹.

Esses diversos prismas da garantia do acesso à saúde, portanto, passam por algumas conceituações, sendo o ponto de partida o da própria definição de saúde. Pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada na cidade de Nova Iorque em 22 de julho de 1946, conceituou-se a saúde como sendo um estado de completo/perfeito bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade, mas de usufruir do melhor estado de saúde que é possível, sendo um dos direitos fundamentais de todo o ser humano.

Esta definição conceitual de saúde é irreal, ultrapassado e unilateral, embora avançado para a época que foi arrazoado. Irreal, pois a ideia de “perfeição” é inalcançável, porque sempre a humanidade terá que renunciar algo, embora se consiga benefícios para o próprio indivíduo, o que em última instância determinaria um grau de incompletude do ser, tornando-se conceito utópico². Ultrapassado, pois o homem é um ser complexo produzido pelo dinamicismo das esferas física, social, biológica e mental, sendo impossível desagregá-las. Unilateral, pois “qualidade de vida” é algo extremamente subjetivo, a título de exemplificação, um indivíduo doente crônico com dificuldade para deambular

possui uma qualidade de vida melhor que outro indivíduo saudável que passa 12 horas diárias em um trabalho altamente desgastante?³

Estas críticas reflexivas acerca do conceito de saúde da OMS, evidenciam que a definição de saúde tem que ser mais atrelada à realidade, com enfoque mais humanístico e ético e menos utópico e positivista. Cabe aqui uma reflexão, se saúde não seria melhor definida como um estado de razoável harmonia entre sua própria realidade e o sujeito³.

E é sob esta óptica que saúde deve ser vista como um direito. Os direitos e garantias fundamentais se caracterizam por diversos atributos a si inerentes, dentre os quais se destaca a historicidade. Neste contexto, desde os primórdios da humanidade, a necessidade de preservação da vida, por ser intrínseca ao próprio instinto humano, fez do acesso à saúde algo basilar e, portanto, tutelado pelas leis e pela Constituição.

“Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”, posto que “o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas”⁴. Assim, ao longo dos anos, o rol de direitos fundamentais cresceu exponencialmente, mas, apesar da variedade, eles mantêm características básicas nos seus alicerces.

Além da historicidade já descrita, pode ser citada a universalidade (todos os indivíduos são beneficiados com esse direito, a partir do momento em que aquela população o cria)¹, a inalienabilidade (via de regra não podem ser vendidos, transferidos ou doados)⁵, e a indisponibilidade (não podendo fazer com o direito o que bem se quer)^{1,5}. Desta feita, nota-se claramente que o acesso à saúde está incluído neste rol, por possuir todos os atributos citados e, por isso, vincula o Poder Público a prover a sua efetivação.

Os atos dos poderes constitucionais serão válidos se forem em congruência com os direitos fundamentais inseridos na constituição, apresentado invalidade se o descartarem⁶. Corrobora a seguinte afirmação que aludidos direitos “uma vez inseridos nos textos constitucionais, possuirão aplicação imediata e vincularão os Poderes, precisamente pela força normativa da Constituição”¹.

Portanto, os direitos fundamentais são os *direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos* que são previstos na *Constituição Federal* de uma nação. Por norma, os direitos fundamentais são baseados nos *princípios dos direitos humanos*, garantindo à liberdade, a vida, a igualdade, a educação, a segurança^{1,5,6}. Assim, se conclui que o direito à saúde está ligado com a dignidade humana, historicamente atrelado a repulsa à morte e a reprodução humana, sendo vista como

o bem mais relevante, possuindo aplicação imediata e reclamando a ação estatal para sua completa efetivação¹.

O artigo 197 da Constituição Federal de 1988 do Brasil nos garante esse direito fundamental, ao afirmar que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Portanto, a Constituição de 1988 privilegia de forma inédita os direitos humanos fundamentais, com a presença dos direitos sociais (educação, saúde, moradia etc.), logo em seguida aos direitos e garantias individuais (Capítulo I). Estando o direito à saúde atrelada ao direito à vida e à liberdade, como se demonstra logo no artigo 1º da Carta de 1988. Por sua vez, o artigo 5º garante a inviolabilidade do direito à vida, e o artigo 6º garante o direito à saúde dentre os direitos sociais, como já foi citado anteriormente⁷.

Segundo o inciso II do artigo 23 da constituição, os serviços e ações de saúde são serviços públicos, sendo a obrigação de cuidar da saúde de competência comum da União, Distrito Federal, dos Estados e Municípios. Ademais, aos Municípios foi conferida a função de prestador principal dos serviços públicos à saúde, conforme o inciso VII, do artigo 30. Deste modo, todos os entes federativos têm o dever de atuar na prestação dos serviços públicos de saúde, de forma potencializada e sistematizada, por meio do SUS⁷.

Apesar das conquistas trazidas com a implantação de um sistema universal, integral e gratuito, o acesso à saúde no Brasil é um retrato da desigualdade social vivida no país, “caracterizada pela vantagem de um grupo socioeconômico em relação a outro. São diferenças de acesso a recursos e bens materiais e não-materiais, gerando divisões sociais que exercem grande influência na vida dos indivíduos, grupos e instituições”⁸. Assim, os diversos grupos sociais possuem diferenças abissais na obtenção dos cuidados médico-hospitalares.

Os problemas começam na supracitada divisão de responsabilidades prevista na Constituição, na qual os Municípios possuem um papel mais relevante na disponibilização do acesso à saúde, seguida por Estados e pela União, valendo essa mesma relação para o aporte financeiro. Ocorre que, a repartição de receitas não acompanha esta lógica, gerando enormes dificuldades para os municípios sustentarem o sistema de acesso à saúde local.

Ademais, Estados e municípios mais desenvolvidos economicamente e com uma menor desigualdade social possuem um maior investimento na saúde em detrimento dos Estados e municípios com menor arrecadação, interferindo diretamente no acesso à saúde da

população, no atendimento, nos exames e tratamentos das doenças, gerando nítidas disparidades geográficas⁹.

Essa realidade fica ainda mais evidente quando demonstrado uma forte conexão entre o baixo nível socioeconômico e a maior incidência de mortalidade, fazendo com que os grupos socioeconômicos desfavorecidos estejam associados com doenças e fatores de riscos criados pela distinção socioeconômica persistente entre grupos e indivíduos. A saúde está socialmente interligada nas vidas dos grupos e condições de trabalho^{8,9}.

Em meio a este panorama, coexistem, no Brasil, duas realidades: a vivida pelo setor público, dentro do SUS; e a vivenciada no setor privado, por meio da chamada Saúde Suplementar. E são dentro dessas duas esferas de atendimento que o usuário poderá pleitear o acesso aos procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade.

13.2 Sistema Único de Saúde

O SUS brasileiro foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do país, surgido a partir da redemocratização e da constituição federal de 1988. Em termos constitucionais, é analisado como uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro com os direitos do povo¹⁰. Para entender os critérios utilizados pelo SUS para realização da cirurgia bariátrica devemos conhecer sua história, criação e organização.

A organização sanitária do Brasil Colônia, entre os anos de 1500 até três séculos depois, era bastante deficitária e em muitas regiões do país, era inexistente. Só com a chegada da família real no país que foram construídas as primeiras escolas médicas no país, e os hospitais que faziam atendimentos eram das santas casas de misericórdias¹.

As primeiras organizações sanitárias foram criadas no Brasil Imperial, após a independência. Entretanto, apenas depois do período da República Velha (1889-1930) deu-se a estruturação de um sistema de saúde mais organizado. Oswaldo Cruz e seu sucessor, Carlos Chagas foram destaques nos avanços em prevenção com o avanço do saneamento básico, diagnósticos das diversas regiões do país com relação a estruturas e patologias, e do tratamento com a criação de vacinas. Nesse período através da Lei Eloy Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), instituições criadas por empresas, com financiamento próprio dos funcionários e consumidores, que além de atuarem com aposentadorias e pensões, também prestavam assistência à saúde¹.

Entre os anos de 1930 e 1945, conhecidos como Era Vargas, os

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) substituíram os CAPs, sendo que dessa vez não era mais gerida por empresas, uma vez que eram organizadas por categorias profissionais. Criou-se também nesse período o Ministério da Educação e Saúde Pública¹.

Na era dos governos populistas, entre 1945 a 1964, foi desmembrado o ministério da educação e saúde, e criada a lei orgânica da previdência social, universalizando o regime geral da previdência social para os trabalhadores¹.

Na Ditadura Militar, entre 1964 e 1985, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através da unificação de vários serviços, a exemplo dos IAPs. Em seguida foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável por direcionar serviços de saúde para a iniciativa privada, uma vez que o sistema de saúde estatal existente na época não supria a demanda. Por fim, o Sistema Nacional de Saúde foi criado em 1975, com o objetivo de organizar a atuação do serviço público e privado¹.

A Declaração de Alma-Ata consolidada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), no ano de 1978, estabeleceu em um plano mundial, a participação efetiva dos estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, dando ênfase, principalmente aos cuidados primários. Estabeleceu-se que a saúde fosse a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, fazia-se necessária à integração com os diversos setores sociais e econômicos¹¹.

Posterior à redemocratização do país com a Constituição de 1988 é que foram criados meios para sistematização de um sistema de saúde, como se tem até hoje¹. Os serviços e ações de saúde submetem-se a princípios e diretrizes específicos, em obediência à constituição de 1988, constituindo um sistema único, por uma rede hierarquizada e regionalizada, organizado conforme as diretrizes estabelecidas pelo artigo 198⁷.

O SUS teve sua implantação nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, a qual foi complementada pela LOS, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além de estar prevista na constituição. Tais leis foram fundamentais para orientação na operacionalização do sistema de saúde, onde a primeira estabeleceu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento¹².

Dentre os objetivos definidos pela lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, vale citar: i) a identificação e a divulgação dos

fatores condicionantes e determinantes da saúde; ii) a formulação de políticas de saúde; iii) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, iv) proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Sendo atribuições do SUS atuar na promoção da saúde e assistência médica. O SUS foi elaborado para contar com a assistência das três instâncias: municipal, estadual e união, além da participação de empresas privadas de promoção a saúde, conhecidas como saúde complementar, o que é previsto por lei^{7,12}.

Apresentando como princípios a equidade, universalidade e descentralização dos serviços de saúde, o SUS contou ainda com as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) para sua implementação que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS, dando ênfase a descentralização do serviço de saúde¹³.

A descentralização tem como vantagem colocar o responsável pelos serviços frente a frente com os problemas e realidades do sistema, tendo como pressupostos a regionalização e hierarquização. A regionalização é compreendida como a distribuição espacial da saúde, estruturada para prestar atendimento à população de uma região. A hierarquização é a organização em níveis de complexidade, três ou quatro, onde cada um apresenta uma resolutividade⁷.

A universalidade compreende-se como característica a destinação dos serviços de saúde à toda população, sem fazer uso de características distintas, ou seja, não se deve usar critérios como idade, renda ou localidade para dar prioridade ou facilitar o acesso ao serviço⁷.

O único critério utilizado para priorizar o atendimento é a gravidade da doença, apontando assim para o princípio da equidade, que é a junção dos princípios de universalidade e igualdade. Muitos profissionais de saúde do SUS além de priorizar a gravidade da doença acrescentam as condições socioeconômicas, facilitando para os que não possuem condições financeiras de terem atendimento a outros serviços, todavia, a nossa constituição não admite o critério nível socioeconômico ou outros para antever o acesso⁷.

Apesar das inegáveis conquistas trazidas com a implantação do modelo previsto no SUS, o modelo de saúde no Brasil permanece com graves problemas e é incapaz de efetivar a garantia constitucional estudada.

Segundo dados de 2009, o Brasil investe 8,7% do Produto Interno Bruto (PIB) na saúde, sendo que desse investimento apenas 3,8% do PIB foram destinados da administração pública, ficando os 4,9% no custeamento da iniciativa privada. Conclui-se que o nosso

sistema público (SUS) está evidentemente subfinanciado. Para aumentar o paradoxo do subfinanciamento, a União, detentora de 58% da arrecadação do país, repassa para a saúde diretamente e através de repasses para os estados e municípios apenas 1,85% do PIB, sobrecarregando os entes federativos¹.

Vale salientar que nosso sistema é heterogêneo, predominantemente público, mas com atuação do privado, na qual os recursos podem ser oriundos da iniciativa privada ou pública¹. Ou seja, a atuação privada pode complementar o público, por exemplo, quando o SUS não é capaz de cobrir a demanda, os recursos públicos são repassados para o sistema privado, chamado de saúde complementar. Vale lembrar também da saúde suplementar, que engloba os planos e seguros de saúde, abordados no próximo tópico.

Se comparar com outros países, a exemplo dos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido, percebe-se ainda mais o subfinanciamento da saúde. Dados de 2012 demonstram que o governo americano destinou 16,9% do PIB para a saúde, sendo que 8% do PIB vêm de financiamento público, portanto, apesar do sistema americano ser predominantemente privado, o setor público investe proporcionalmente ao PIB mais do que o sistema brasileiro¹.

Com relação ao financiamento do Reino Unido não é diferente, dados de 2012 mostram que 9,3% do PIB foi destinado para a saúde, sendo que 7,4% do PIB foi proveniente do financiamento público, o que demonstra também um investimento proporcional ao PIB no setor público maior que o brasileiro¹.

Com relação aos dados no específico tema das cirurgias bariátricas, o Brasil é o quarto país com o maior número de obesos, com aproximadamente 14,8% da população obesa, entretanto, é o segundo país em número de procedimentos cirúrgicos, ficando atrás dos EUA. Segundo balanço da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), em 2010 o Brasil registrou 60 mil cirurgias, sendo apenas um pouco mais de 6 mil cirurgias realizadas pelo SUS nesse ano, número semelhante ao realizado anualmente no Reino Unido. Em 2012 o Brasil registrou 72 mil procedimentos; em 2014 registrou-se 88 mil procedimentos e em 2015 chegou à marca de 93,5 mil pessoas submetidas ao procedimento cirúrgico, apresentando um aumento de mais de 50% em cinco anos¹⁴.

O custo médio do procedimento no Brasil varia entre 10 mil e 15 mil reais (R\$), no procedimento aberto, e entre 15 mil e 25 mil reais, no procedimento menos invasivo, por videolaparoscopia. No Reino Unido, esses valores orçados para ambas as técnicas cirúrgicas orbitam na faixa das 6 mil libras esterlina (£), o que equivale a aproximadamente 25 mil reais, mediante ajuste cambial¹⁴.

A gastroplastia é regulamentada no SUS através do protocolo de cirurgia bariátrica do Ministério da Saúde (MS), estando indicado o procedimento para os indivíduos que apresentem $\text{IMC} \geq 50 \text{ kg/m}^2$; indivíduos que apresentem $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; indivíduos com $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos¹⁵.

Deve-se observar, nos pacientes entre 16 e 18 anos, as epífises de crescimento, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento. O paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe, valendo salientar do compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica)¹⁵.

Está contraindicada a cirurgia bariátrica para as pessoas que apresentem limitação intelectual significativa e não tenham suporte familiar adequado; os quadros de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; as doenças cardiopulmonares graves e descompensadas que influenciem a relação risco-benefício; hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor sangramento digestivo ou outras condições de risco; e Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos¹⁵.

Por muito tempo, especialistas na área discutiram se as cirurgias reparadoras faziam parte do tratamento da obesidade ou se era de finalidade meramente estética, fazendo com que muitos

pacientes tivessem de recorrer a judicialização do procedimento. Entretanto, o paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo MS em portaria específica¹⁵.

O SUS apresenta uma proposta sólida e amparada por leis, no entanto, o Brasil é um país com dimensões territoriais continentais, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, o que torna a prática um pouco mais difícil do que o planejado em documento. A complexidade do SUS, as dificuldades geográficas brasileiras, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do SUS¹⁶.

Esses desafios acabam por dificultar a realização das cirurgias bariátrica e reparadora, portanto, o acesso a esses procedimentos não é tão fácil de se conseguir na prática, levando muitos pacientes a procurar o acesso ao tratamento por intermédio do sistema de saúde suplementar, ou diretamente pela intervenção do Poder Judiciário para obter o custeio de seus tratamentos.

13.3 Saúde suplementar

13.3.1 Definição e histórico

Define-se saúde suplementar como a atividade que envolve a operação de planos e seguros de saúde, regulada pelo poder público através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS atua em todo o país na normatização, regulação, fiscalização e controle do setor de planos de saúde, sendo vinculada ao MS¹⁷.

Para fins acadêmicos, agrupamos neste capítulo a contratação direta de serviços de saúde junto aos prestadores privados no grupo de saúde suplementar, todavia, o foco na saúde suplementar será os planos de saúde.

Para entender o contexto do surgimento dos planos de saúde, deve-se refletir acerca das atitudes cotidianas sobre proteção; e no exato momento que se percebe que vivemos com insegurança e incertezas, por exemplo, procura-se por segurança, conforto e meios que tornem sólidas as nossas vidas. Esses dilemas foram repassados pela história da humanidade, desde a criação da fogueira com o objetivo de espantar predadores à noite e aquecer os indivíduos

contra as madrugadas frias; agrupando-os em clãs para se proteger dos inimigos; criando tribos e Estados para viver no conforto da sociedade; construindo a justiça através de leis para coibir malfeitores e até criar os direitos humanos para, através da solidariedade, acabar com as injustiças que ainda existam no mundo¹⁸.

Entre tantas outras medidas para proporcionar segurança e proteção, a saúde não foi esquecida. A medicina evoluiu com o objetivo de suprir nossos anseios atrás desse cuidado, mas onde esses recursos médicos não são facilmente disponíveis à saúde, seja por precariedade do sistema público, seja em virtude dos preços da saúde privada, a humanidade criou uma solução¹⁸.

Uma forma de solidariedade que, através do mutualismo, agregou pessoas com um mesmo objetivo, semelhante ao que fizeram na história primitiva da humanidade, sendo que, dessa vez, para superar os riscos que ameaçam a saúde, nascendo assim os planos e seguros de saúde¹⁸.

No Brasil, a expansão da saúde suplementar iniciada desde a década de 1960, tem a contribuição do trabalho formal e do crescimento econômico do país, começando com incentivos do governo ao convênio-empresa, ou seja, as empresas privadas do país disponibilizavam assistência médica e odontológica aos funcionários/trabalhadores em troca de abatimentos fiscais. Com o passar dos anos, essa atividade apresentou uma evolução, tendo como resultado o surgimento das operadoras de planos de saúde¹⁷.

Em 1999, iniciou a regulação da saúde suplementar ao entrar em vigor a lei nº 9.656/98, conhecida como “Lei dos Planos de Saúde” (LPS). Os planos de saúde e seguradoras eram regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), entretanto, no ano de 2000, pela lei nº 9.961/2000, foi criada a ANS que passou a regulá-los, como descrito anteriormente¹⁷.

O SUS e a saúde suplementar possuem uma rede de prestadores em comum, constituído por hospitais, clínicas, médicos e odontologistas, que, mesmo conveniados com os SUS, prestam serviços às operadoras de planos e seguros. Também não se pode olvidar que há prestadores de serviços privados que atendem a usuários pelo SUS. Vale salientar que o beneficiário da saúde suplementar está coberto também pelo SUS, uma vez que a cobertura é universal¹⁷.

Nesse contexto, analisa-se a relação entre os consumidores e as operadoras de planos de saúde que tem origem contratual, de prestação de serviços por prazo indeterminado. A operadora obriga-se a prestar cobertura dos riscos de assistência à saúde mediante a prestação de serviços médico-hospitalares e /ou odontológicas em rede própria, pagamento direto ao prestador dos serviços ou reembolso

das despesas efetuadas. O consumidor por sua vez, obriga-se ao pagamento de parcelas mensais previamente definidas, como regra^{17,18}.

No Brasil, a lei que regulamenta os planos de saúde não permite discriminar esses valores mensais previamente estabelecidos conforme sexo, existência de doença antes do contrato ou outras características do beneficiário que influenciem no padrão de utilização do serviço contratado. Sendo a idade, o único atributo individual previsto em lei para a discriminação de preços¹⁷.

Alicerçado nas disposições da LPS e da extensa regulamentação do setor, é possível classificar os contratos de plano de saúde utilizando-se três critérios (regime de contratação, cobertura assistencial e época de contratação).

13.3.2 Regime de contratação

O art. 16 da LPS, entre as cláusulas obrigatórias dos contratos de planos de saúde, previu o dever de constar no contrato o tipo ou regime de contratação enumerando-os, conforme segue¹⁸.

O *Plano individual* é aquele cuja contratação celebra-se entre a operadora e um consumidor pessoa física. Podendo, nesse caso, existir cláusulas de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doença ou lesão que o consumidor ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, além de facultar a exigência de cumprimento de prazos de carência¹⁸.

O *Plano familiar* é uma derivação ou submodalidade do plano individual, caracterizando-se quando é oferecida à pessoa física contratante a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar¹⁸.

O *Plano coletivo empresarial* é um plano contratado por pessoa jurídica para atender uma quantidade delimitada de pessoas, com quem mantém vínculo empregatício ou estatutário, podendo abranger também, desde que haja previsão contratual, os sócios ou administradores da pessoa jurídica, demitidos ou aposentados que tenham se vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, trabalhadores temporários e estagiários. Este plano poderá ser estendido ao grupo familiar de todos os titulares. Se o número de participantes for igual ou maior a trinta e o consumidor formalizar seu pedido de inclusão no prazo de trinta dias, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência nem haverá cláusulas de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes¹⁸.

O *Plano coletivo por adesão* é aquele que oferece cobertura para população que mantenha vínculo com uma das seguintes pessoas jurídicas: conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos; cen-

trais sindicais e respectivas federações e confederações; entidades estudantis previstas nas Leis nº 7.395, de 31.10.1985 (ensino superior) e nº 7.398, de 04.11.1985 (secundaristas). O plano coletivo por adesão também poderá incluir na sua cobertura assistencial o grupo familiar do contratante titular. Não serão exigidos os prazos de carência se o consumidor ingressar em até trinta dias, sendo facultada a inserção de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes¹⁸.

13.3.3 Segmentação da cobertura assistencial

O art. 16, VI, da LPS, estipula que deverão ser indicados os eventos cobertos e excluídos no contrato, entretanto, não será possível a operadora de plano escolher no contrato as moléstias que irá cobrir ou excluir, pois o art. 10 c/c o art. 12 da LPS, estabelece e amarra que, em qualquer contrato dessa natureza a cobertura deverá ser, obrigatoriamente, para as doenças presentes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) da OMS¹⁸. Os seguimentos que se encontram previstos nos arts. 10 e 12 são os seguintes:

O *Plano-referência* é o plano mais abrangente dentre os previstos na Lei, devendo garantir cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e obstétrico em todo o território nacional, com padrão de enfermaria, além de centros de terapia intensiva ou similar, abarcando todas as doenças descritas no CID, incluindo coberturas integrais de urgência e emergência. Ou seja, o plano-referência consiste em um agrupamento dos planos ambulatorial, hospitalar e obstétrico¹⁸.

O *Plano ambulatorial* é aquele que compreende os atendimentos realizados em consultórios ou em ambulatorios, excluídos a internação hospitalar e os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem apoio hospitalar por mais de doze horas ou unidades de terapia intensiva. Definido pela Resolução Normativa (RN) 211/2010 da ANS, contempla as consultas médicas ilimitadas, pré-natal, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais (realizados em hospitais, mas que não demandam internação), hemodiálise e diálise peritoneal, tratamentos e procedimentos terapêuticos incluindo medicações¹⁸.

O Plano hospitalar é aquele plano que estão inclusos os atendimentos hospitalares ou terapias e procedimentos que necessitem de internação hospitalar, não sendo incluídos os atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação. Assim como o plano ambulatorial, o hospitalar também é definido pela RN/ANS 211/2010¹⁸.

O *Plano hospitalar com atendimento obstétrico* é aquele plano

que abrange todas as coberturas do plano hospitalar, acrescentando os procedimentos relacionados com o pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dando direito ainda a um acompanhante indicado pela mulher, assistência ao recém-nascido durante os primeiros trinta dias¹⁸.

13.3.4 Época de contratação

Leva-se em conta o período em que foi contratado o plano de saúde, tendo como referência a vigência da LPS, podendo devido a esse fator ser considerado como plano antigo, aqueles contratados antes da LPS, ou plano novo, contratados após a vigência da LPS¹⁸.

Os Planos antigos são aqueles comemorados antes da Lei nº 9.656 de 1998 e que não foram adaptadas às novas regras, estando, portanto, isentos da sua incidência. Esses planos são regidos pelo Código de Defesa do Consumido (CDC), todavia, a LPS possui uma repercussão indireta atualmente, uma vez que é utilizada para orientar a aplicação das disposições do CDC que reprimem as práticas e cláusulas abusivas¹⁸.

Os Planos novos são aqueles celebrados a partir da vigência da Lei nº 9.656/1998, e que por isso, são submetidos à sua aplicação¹⁸.

13.3.5 Rol de procedimentos

Todas as doenças constantes da CID, correlacionando com seus respectivos tratamentos, obrigatoriamente devem ser cobertas pelos planos de saúde, respeitando os limites da segmentação como visto anteriormente, expresso no art. 10 e ratificado pelo art. 35-F da LPS.

A saúde suplementar é um dos meios de acesso aos procedimentos cirúrgicos para obesidade, sendo essa uma patologia que é sempre obrigatória na cobertura assistencial pelos planos de saúde, neste caso, catalogada na CID com os códigos E65 e E68 (obesidade e outras formas de hiperalimentação). Quando devidamente diagnosticada, a obesidade não é excluída de tratamento em nenhum dos seus graus¹⁸.

A assistência disponibilizada pelos planos de saúde pode consistir em reeducação alimentar, terapia cognitivo-comportamental, aumentos da atividade física, utilização de fármacos e por último a intervenção cirúrgica, a depender da condição do indivíduo e atendendo à presença de comorbidades e do seu grau de obesidade¹⁹.

A intervenção cirúrgica da obesidade é baseada pela Resolução nº 1.766/05 do CFM, que estabelece critérios definidores da indicação. Há indicação para o tratamento cirúrgico nos pacientes com obesidade mórbida; pacientes com obesidade grau II e comorbidades que ameacem a vida, a exemplo da apneia do sono, dislipidemia, osteoartites, doença coronariana, hipertensão artéria, diabetes e outras¹⁸.

O procedimento gastroplastia ou cirurgia bariátrica como é mais conhecida, por videolaparoscopia ou via laparotômica foi incorporado ao rol de procedimentos e eventos em saúde por ocasião da alteração feita à RN 211/2010 da ANS realizada pela RN 262/2011, cuja vigência teve início em 1º de janeiro de 2012, com cobertura obrigatória para as segmentações assistenciais hospitalar com ou sem obstetrícia²⁰. Assim, ficou garantido aos usuários da saúde complementar o acesso ao procedimento cirúrgico, a ser custeado pelas suas respectivas operadoras de planos ou seguros de saúde.

A obesidade deve manter-se estável por pelo menos cinco anos; inexistência de alcoolismo ou uso de drogas ilícitas pelo paciente; ausência de quadros psicóticos ou demenciais moderados ou graves; pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, sem resultados e ter idade mínima de 16 anos sem ter idade máxima definida. Até 2013, jovens entre 16 e 18 anos, assim como idosos, só poderiam ser operados desde que existissem precauções especiais e tivessem uma análise criteriosa do custo/benefício¹⁸.

Vale ressaltar que o paciente e seus familiares devem compreender os riscos e mudanças de hábitos pertencentes a esta cirurgia, bem como a indispensabilidade de acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório.

Atente-se que, quando indicado o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida de determinado usuário, estará o plano de saúde obrigado a cobri-lo, conforme as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), desde que o plano seja com cobertura hospitalar. Quando não indicado a intervenção cirúrgica, mas recomendados outros tratamentos, os planos de saúde igualmente devem disponibilizá-los^{17,18}.

Apesar dos critérios de indicação ao procedimento cirúrgico serem bem definidos, e a obrigatoriedade dos planos estabelecidos, assim como é também no SUS, a normativa para tal acesso não é condizente com a realidade, existindo uma série de alegações dos planos para contraindicar o procedimento, por diversos fatores, obstando o acesso ao tratamento. Assim, como fonte esperançosa de solução, muitos indivíduos judicializam o caso para, diante da indicação médica cirúrgica, realizar o procedimento.

13.4 Judicialização da saúde

Percebe-se ao analisar a saúde suplementar e o SUS, meios de acesso à saúde, que ambos possuem óbices práticos ao indivíduo, quando busca tratamentos específicos, como é o caso dos procedimentos cirúrgicos para a obesidade. Logo, em muitos casos, este e aquele acabam precisando recorrer às vias judiciais, a

fim de resguardar seu direito de acesso aos meios necessários ao restabelecimento de sua saúde.

Para solucionar embates vividos no cotidiano pela infração aos direitos, deve-se ter primariamente o reconhecimento de tais direitos e uma resolutividade seguinte, maestria da justiça na qual nos referimos, isto é, o papel precípua do Poder Judiciário¹. Quer dizer, centenas de brasileiros veem seus direitos fundamentais sendo negligenciados diariamente, esta realidade circunda o âmbito da saúde principalmente na esfera pública marcada pela superlotação de hospitais, falta de insumos, falta de recursos humanos, em suma, a precariedade dos serviços se sobrepõe ao indivíduo, determinando situações complexas que envolvem agravos à saúde dos usuários, culminando em processos judiciais na tentativa de acessar os meios necessários a recuperação da sua condição de saúde através do Poder Judiciário.

Apenas o estabelecimento de normas e leis em sociedade, a exemplo das diretrizes que estabelecem critérios para a cirurgia bariátrica, não garante sua execução espontânea, nem seu eterno respeito, sendo necessária uma forma de evitar perda de direitos postos, mediante coibição ativa dos infratores. No passado, a autodefesa era a única forma adotada, nesse mecanismo utiliza-se o emprego da força material confrontando diretamente o opositor em defesa de algo. Na modernidade, essa forma é coibida pelos ordenamentos jurídicos, sendo a solução jurisdicional utilizada como mecanismo de proteção¹.

Uma forma de encerrar com a exclusividade estatal para acabar com os conflitos é o da mediação. Hodiernamente, instrumento utilizado pelos tribunais para tentar uma conciliação, sendo assim uma técnica de resolução de conflitos. Quando as técnicas de mediação não apresentam êxito, a atuação da própria jurisdição e o exercício do poder estatal com objetivo de responder àquela demanda é necessária¹.

Deste modo, o acesso à justiça no Brasil, assim com o acesso à saúde, é considerado um direito fundamental, visando justamente evitar lesões ou perda de direitos do indivíduo, garantindo acima de tudo o essencial que é o direito à vida. Para aqueles cidadãos que não possuem condições financeiras de arcar com as despesas judiciais é dever do estado fazê-lo, de acordo com o artigo 5º da nossa constituição, que descreve no inciso LXXIV: “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”^{1,21}.

A judicialização da saúde surge quando a consumação do acesso à justiça é tratada equivalente à consumação do acesso à saúde, garantindo aos assegurados uma prestação de serviço médico-hospitalar adequada, uma vez que os SUS não consegue cobrir a demanda e a saúde suplementar é ineficiente. Entretanto, pode às vezes ao invés de solucionar o acesso à saúde, tornar-se um real problema¹.

Um dos primeiros empecilhos ao acesso à justiça é o fato que o orçamento do judiciário, assim como o da saúde, é subfinanciado e mal gerenciado. Ademais, as defensorias públicas no âmbito estadual atendem pouquíssimas comarcas e usuários, com estrutura bastante precária¹.

Então, o usuário do SUS que não possui condições financeiras de adquirir acesso a Saúde Suplementar também não terá condições de arcar com as despesas da advocacia privada, como também aquelas pessoas que possuem acesso a Saúde Suplementar com renda limitada, não terão como arcar com essas despesas extras, tornando-as dependente das defensorias públicas, por serem gratuitas, na qual terminam com baixa efetividade.

Assim, a judicialização, que possuiria o papel de zelar pelos direitos e cumprimento das normas estabelecidas, sobretudo as constitucionais, como é o caso do acesso à saúde, acaba, na prática, possuindo um tratamento desigual entre quem tem maior poder de reivindicação e quem não dispõem de igual método, se comportando como uma verdadeira vilã ao acesso a saúde²².

Por outro lado, é importante frisar que nesses casos em que a judicialização se tornou um problema, o responsável principal não é o Poder Judiciário, mas o Poder Executivo, por possuir uma ineficiente atuação tanto no acesso à justiça, quanto no acesso à saúde. Isto posto, o Judiciário é aquele que demonstra os trâmites para a execução das leis, em contrapartida da falta de competência do Poder Executivo¹.

O resultado imediato desta dificuldade na execução, inoperância ou inadequação dos serviços públicos de saúde por parte do Poder Executivo, é uma busca exacerbada, seja de forma coletiva ou individual, pelas vias judiciais como meio de resguardar o direito fundamental em questão²³.

A Judicialização corresponde à procura do Judiciário pela população para que o Poder Executivo seja compelido, através de uma demanda judicial, a implementar políticas públicas deficitárias. Essa mudança de campo de atuação ou atipia do Poder Judiciário tem a vantagem de resguardar e atender os interesses da população, especialmente nos casos de morosidade ou ineficiência por parte do poder Executivo em sanar os problemas da população²⁴.

Desta monta, a judiciabilidade acaba por transferir parte da responsabilidade do Estado enquanto poder Executivo para o âmbito jurídico, delegando à autoridade judiciária a execução de políticas públicas que dantes seriam prerrogativas ou funções primárias do Executivo e Legislativo. Entretanto, o que se tem percebido na realidade é uma massiva procura de meios legais ou da via judicial pela comunidade ou individualmente a fim de assegurar a acesso a

determinados procedimentos ou terapias que variavelmente podem ou não ser contemplados no rol de medicamentos e procedimentos do SUS, a exemplo da gastroplastia²³.

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade são exemplos desse antagonismo judiciário-executivo, pois os muitos casos de processos para acesso à cirurgia, na sua maioria benéfica ao paciente, induziram o executivo a criar normas e diretrizes que regulamentassem os critérios de acesso pelo SUS, através do MS, e de acesso pela Saúde Suplementar, através da ANS, mas não são suficientes.

Atualmente existe uma grande pressão social para o acesso à cirurgia bariátrica, algumas vezes com indicações concretas e outras com o objetivo apenas estético, portanto, a conscientização e o esclarecimento de gestores, da sociedade e da classe médica quanto às reais indicações e riscos associados à cirurgia são importantes para evitar o seu uso indiscriminado e/ou a judicialização do procedimento²⁵.

Em 2016, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, reuniu ANS, secretarias estaduais de saúde e instituições ligadas ao judiciário para discutir a ampliação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NATs), que são instituições que possuem objetivos de auxiliar o Judiciário na tomada de decisões, apoiando tecnicamente os magistrados. O objetivo do governo é que os NATs tenham quadros montados e estruturas que utilizem a medicina baseada em evidências e parcerias com institutos reconhecidos e relevantes, a exemplo do Instituto Cochrane²⁶.

Por esta ausência de auxílio técnico, muitas vezes as sentenças apresentavam falhas desta ordem, por desconhecimento dos juízes da regulação do sistema. O exemplo recorrente com relação às cirurgias bariátricas está na compreensão de alguns magistrados em relação ao caráter de urgência, vez que, embora na terminologia médica não há urgência ou emergência para a realização desse procedimento, com o apoio técnico adequado o magistrado deixaria de negar acesso ao procedimento cirúrgico sob o errôneo argumento de ausência risco imediato à vida²⁶.

Frequentemente as seguradoras negam cobertura para a gastroplastia, argumentando que o procedimento é puramente estético, questionando a pré-existência da doença e a carência do plano. Não obstante, decisões recentes do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) enfrentam essas questões e contribuem para firmar jurisprudência sobre o assunto²⁷.

Sobre o argumento que a gastroplastia é um procedimento meramente estético ou um tratamento emagrecedor, os ministros da Quarta Turma destacaram no julgamento do Recurso Especial (Resp) 1.175.616 que a cirurgia se revela essencial à sobrevivência do indi-

víduo, que também é acometido por patologias resultantes da obesidade em grau severo. Concluindo-se, que a recusa do plano de saúde é ilegal e que não é necessário à previsão contratual para a cobertura desse procedimento²⁸.

Em relação ao argumento relacionado com a carência do plano, os ministros da Quarta Turma em outro julgamento (MC 14.134) negaram pedido da cooperativa médica que tentava suspender a determinação da Justiça Estadual, afirmando que o procedimento cirúrgico para o paciente com obesidade mórbida deve ser autorizado independente do período de carência²⁸.

Sobre a alegação que a cirurgia plástica possui finalidade estética, a Terceira Turma infere que a cirurgia reparadora de retirada do excesso de pele decorrente da gastroplastia faz parte do tratamento de obesidade mórbida e deve ser coberto inalteradamente pelo plano de saúde, no julgamento do Resp 1.136.475, não podendo ser classificada como mero tratamento de rejuvenescimento²⁸.

Com relação à preexistência da doença, no Resp 980.326, o plano de saúde se recusou a cobrir as despesas com a cirurgia, ao argumentar que o assegurado é portador da doença pré-existente à adesão do plano, mas a Quarta Turma confirmou decisão que determinou o pagamento da cirurgia, justificando que a seguradora não se precaveu mediante a realização de exames de admissão, principalmente por se tratar de obesidade mórbida, na qual facilmente seria diagnosticada²⁸.

O Atendimento público também foi alvo de judicialização no STJ, dessa vez as análises na sua maioria são relacionadas ao caráter de urgência, já abordado anteriormente neste capítulo, entretanto as decisões sempre são de caráter benéfico ao paciente. A decisão (SLS 957) em 2008, na qual o município de Lagoa Vermelha (RS) foi obrigado pelo Tribunal de Justiça estadual para realizar o custeio da bariátrica de uma moradora que sofria de obesidade, foi julgada em sede de pedido de suspensão da mesma pelo município, sobre a alegação que o fornecimento da cirurgia não seria da sua responsabilidade e geraria risco grave de lesão à economia, porém o ministro Cesar Rocha, presidente do STJ, não acolheu a pretensão e contra-argumentou que o prejuízo não estava evidente, não tendo potencial para causar danos imediatos e concretos ao Município²⁸.

A expansão desse movimento tem se tornando motivo de alarme para juristas e gestores, na medida em que as ações judiciais, quase sempre em suas decisões não levam em consideração planejamentos de utilização dos recursos ou as repercussões que suas determinações podem acarretar à economia do setor de saúde, levando desta maneira a um possível desequilíbrio orçamentário e posterior prejuízo de outros serviços de saúde²³.

A banalização deste recurso legal deságua na distorção dos planejamentos e estratégias públicas ao impor alocação de recursos em áreas nem sempre prioritárias ou de relação custo-benefício duvidosas na lista do SUS. Abre-se assim um espaço para discussões jurídicas e econômicas, pois de um lado a demanda judicial é legítima e as decisões dos Tribunais Superiores são tomadas com bases principiológicas pautadas na preservação dos direitos fundamentais decorrente do não cumprimento de um direito pré-estabelecido e já consagrado, permitindo ao usuário a busca de todos os meios legais para a efetivação do seu direito, sem levar em consideração a possibilidade das finanças públicas e orçamentárias²³.

Na outra vertente, esse movimento acaba por relocar grandes somas de recursos para poucas situações, prejudicando a efetivação de outras políticas do ponto de vista econômico, ao subverter o uso racional dos recursos disponíveis²³.

Estima-se que os valores despendidos por meio de ações judiciais em 2016 fiquem em torno de 7 bilhões de reais, o que corresponde a 2,5% do orçamento federal destinado à saúde no mesmo ano, sendo assim um volume de recursos envolvido muito grande²⁹.

A discussão a respeito dos custos dos direitos e limitações dos recursos aparece em poucas decisões, e é tratada de forma não muito detalhada e sem lhe dar a devida importância. Nesse sentido, o MS estimou que os gastos ou custos com processos de Judicialização demandaram dos cofres públicos em 2016, um aumento de 1.233% em comparação com o ano de 2010³⁰.

Estes dados alarmantes sinalizam pelo menos dois pontos importantes a serem rediscutidos: a cultura da litigância que tem se desenvolvido no âmago da população, na qual até recursos banais se tornam motivo de lide na justiça, o que por sua vez onera os processos, aumentando a morosidade na justiça e desestabilizando orçamentos públicos pré-definidos e a notável incapacidade de gerenciar de forma eficiente seus recursos, o que resulta na inacessibilidade ao usuário que padece de sua doença²³.

Tendo em vista a necessidade do sistema público de administrar o conflito entre necessidades individuais e coletivas com um orçamento finito para saúde, associado a um Judiciário que não é a melhor via para resolver esse tipo de problema, embora muitas vezes seja a única forma do cidadão conseguir o tratamento cirúrgico, o melhor caminho a ser tomado seria o aperfeiçoamento das normas e diretrizes já existentes, transformando-as de forma clara e objetiva, para uma diminuição da Judicialização²⁹.

Ao se debruçarem de forma profícua sobre a temática da demanda pela via jurídica, elencam várias vantagens e desvantagens

deste processo de judiciabilidade da garantia de acesso aos meios de saúde, estes tópicos estão descritos brevemente na Tabela 13.¹³¹.

Tabela 13.1: Vantagens e desvantagens da judicialização do acesso aos meios de saúde.

Vantagens	Defensores do processo de Judicialização
Concretização do direito social	Garante o direito fundamental previsto em constituição, resguardando o princípio da dignidade da pessoa humana.
Desestímulo à inoperância do poder executivo	Busca coibir as omissões ou ineficiências estatais, através das ações legais relativas à prestação dos serviços de saúde.
Coíbe o esvaziamento de investimentos no setor	É um meio de se evitar a diminuição das dotações em saúde, que podem ser remanejadas conforme necessidade do executivo.
Dificulta o retrocesso social	Impede o Estado de retroagir ou ignorar direitos fundamentais já sagrados na constituição.
Desvantagens	Contrários ao movimento de Judicialização
Conflito entre micro e macro justiça	Por vezes, a justiça age no caso concreto (microjustiça) de forma a resguardar um direito, mas que inevitavelmente esbarra nas políticas públicas, coletivas (macro justiça).
Substituição de decisões técnicas por decisões judiciais	Nessa perspectiva, a justiça estaria relegando o planejamento anual orçamentário, ao demandar ações judiciais sem fundamentação técnica da área médica, respaldando suas decisões somente com base no direito previsto na lei.
Desrespeito à reserva do possível	Este preceito diz respeito à obrigatoriedade do Estado a resolver demandas judiciais utilizando recursos de forma desproporcional, impactando negativamente no orçamento público.
Desestabilização tripartite	A intervenção do poder judiciário poderia extrapolar as funções do Executivo, causando perturbação da harmonia entre os poderes.

Fonte: Marrara T, Nunes LNBT. São Paulo: Atlas, 2010. Adaptado do texto.

A Judicialização ainda é um tema polêmico, principalmente por referir-se e resguardar ao bem mais precioso do ser humano, sua vida, sua saúde e desta maneira, funciona como mecanismo necessário no ordenamento brasileiro, por se tratar de um meio eficaz para efetivação de direitos individuais e coletivos²³.

Entretanto, a forma como são dadas as ações jurídicas quase sempre demandando a utilização de vultosas cifras, leva alguns auto-

res a contestarem os limites atribuídos aos poderes, desenvolvendo um poder Judiciário com ênfase política, logo descaracterizando sua função de guardião da Constituição e conseqüentemente, prejudicando políticas públicas destinadas à concretização dos direitos sociais²³.

Nesta seara de discussões o cerne da questão é exatamente delimitar até que ponto o Estado pode gastar sem prejudicar outras políticas públicas, no entanto, sem deixar descoberto o direito fundamental do cidadão²³.

A atuação do Judiciário em relação à saúde ainda levanta um grande questionamento se realmente essa judicialização tem sido parte de um problema na efetivação deste direito, ou a solução¹.

Alguns autores tratam a judicialização como uma grande vilã do acesso à saúde, um trato desigual entre aqueles com maior poder de reivindicar e quem não dispõe de igual meio, tal como uma indústria de liminares a serviços de produtos médicos-farmacêutico. Entretanto, também não nos vinculamos a essa assimilação, pois enxergamos o judiciário como cumpridor do seu papel, o de zelar pelo respeito às normas existentes, como é o acesso à saúde¹.

O problema da judicialização ocorre pelas ações ineficientes ou inconsequentes oriundas do Poder Executivo, não sendo a atuação em si do Poder Judiciário o responsável. Por esse motivo, a adoção de propostas já expostas ao longo deste capítulo, a exemplo dos NATs e ampliação das defensorias públicas, são ideias de desenvolvimento da gestão desses conflitos, na qual defendemos, e não da sua completa divergência¹.

O Judiciário não pode ser o responsável pela incompetência do Executivo na assistência à saúde, mas deve ser observado como o responsável por apontar as possibilidades para a execução das leis, em contraponto à falta de atuação do Poder Executivo. O exemplar atendimento dos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) é um exemplo, pois depois de reiteradas decisões judiciais é que foram garantidos os tratamentos dados aos pacientes, mostrando que a Justiça tem sido um mecanismo de grande relevância na mudança de vida de determinados indivíduos¹.

Portando, “devemos defender uma atuação enérgica e decidida da Justiça como mecanismo de afirmação do direito à saúde, mas com maior eficiência no trato das demandas envolvendo o direito sanitário. Ser eficiente não é apenas garantir sempre o tratamento pretendido pelo paciente, mas sim, ter meios para avaliar se o acesso à saúde naquele caso específico se coaduna com o acesso integral, universal e gratuito tanto para o jurisdicionado litigante quanto para os demais cidadãos usuários do sistema, tudo isso em tempo razoável”¹.

Referências

1. Neto LMF. Entre jalecos e togas: A formação profissional de médicos e juristas e os entraves para a efetivação do acesso à saúde no Brasil [monografia]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP; 2015.
2. Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago Ed Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. 1930; 21.
3. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 [acesso em 2016 dez 06]; 31(5):538-542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en.
4. Bobbio N. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
5. Filho JTC. Teoria geral dos direitos fundamentais. [Internet]. Brasília. [acesso em 2016 dez 07]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf.
6. Humenhuk H. A teoria dos direitos fundamentais [Pibic] [Internet]. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC; 2012 [acesso em 2016 dez 08]. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/14457-14458-1-PB.pdf>
7. Salazar AL, Grou KB. A defesa da Saúde em Juízo. São Paulo: Ed Verbatim; 2009.
8. Siqueira NL. Desigualdade Social e acesso à saúde no Brasil [Monografia]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF; 2011.
9. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 9]; 17(11): 2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde: Coleção pro gestores - Para entender a Gestão do SUS, 1. [Internet]. Brasília; DF; 2007. [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf.

11. Ventura DFL. Direito institucional sanitário. In: Aranha MI (Org). Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf.
12. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p. 435-472.
13. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. Rev Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2002; 7(3): 493-507.
14. Sociedade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). [Homepage]. [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/category/noticias/>.
15. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de cirurgia bariátrica. [Internet]. Brasília. 2013. [acesso em 2016 dez 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.
16. Vasconcelos CM. Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2005.
17. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. Guia de Saúde Suplementar. [Internet] São Paulo; 2013. [acesso em 2016 dez 13]. Disponível em: http://www.iess.org.br/guia_iess_tela.pdf.
18. Sampaio A. Contratos de Plano de Saúde: Regime Jurídico e Proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo. São Paulo. Ed. Rev. dos Tribunais; 2010.
19. Vilar L et al. Sobre as alternativas terapêuticas para a obesidade. Endocrinologia clínica. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. [Homepage]. [acesso em 2016 dez 14]. Disponível em: www.ans.gov.br/.
21. Junior NN. Princípios de processo civil na Constituição Federal. 8. Ed Ver. ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004.
22. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à po-

lítica de medicamentos no Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso em 2016 dez 15]; 41(2):214-222. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000200007&script=sci_abstract&tlng=pt.

23. Magalhães DS. A judicialização dos direitos sociais como consequência da falta de efetividade das políticas públicas apresentadas pelos poderes legislativo e executivo. Âmbito Jurídico. [Internet]. 2012 dez [acesso em 2017 jan 8]; XV:(107). Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_%20leitura&artigo_id=12526.

24. Silva LC. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Âmbito Jurídico [Internet]. 2013 maio [acesso em 2017 jan 8]; XVI(112). Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_%20leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9.

25. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. Cirurgia Bariátrica, Pareceres técnico-científicos, 1. São Paulo. [Acesso em 2016 dez 24]. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/629bap9feo3pql3z.pdf>.

26. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. Judicialização na saúde: só quando realmente necessária. São Paulo. 2016. [acesso em 2016 dez 24]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=blog&id=173>.

27. Escritório Baratz e Kaiser. [Homepage]. Os caminhos para vencer a negativa de custeio da cirurgia bariátrica. [acesso em 2016 dez 24]. Disponível em: <http://baratzekaiser.com.br/noticias/os-caminhos-para-vencer-negativa-de-custeio-da-cirurgia-bariatrica>.

28. Superior Tribunal de Justiça – STJ. [Homepage]. Cirurgia bariátrica, uma conquista médica e judicial. 2010 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/noticias/2622137/cirurgia-bariatrica-uma-conquista-medica-e-judicial>.

29. Cutait R. Por que a Judicialização na saúde é nefasta. SaúdeJur [Internet]. 2016 [acesso em 2016 dez 24]. Disponível em: <http://saudejur.com.br/artigo-por-que-a-judicializacao-na-saude-e-nefasta/>.

30. Wang DWL. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. In: Anais da

IX Conferência Internacional da Associação Latina-Americana e Caribe de Direito e Economia. Publicado em 2007 fev 05. [acesso em 2017 jan 9]. Disponível em: <http://escholarship.org/cu/item/26q0rns>.

139

31. Marrara T, Nunes LNBT. Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos. In: Bliacheriene AC, Santos JS. (Org.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 87.

Informações Relevantes em Cirurgia da Obesidade

FÁBIO FERREIRA LEITE¹; ROMULO DE BRITO GUIMARÃES²; DANILO MICAEL LUCENA E CARVALHO³; EDUARDO SÉRGIO SOARES SOUSA⁴

¹Graduado em Farmácia e Discente do Curso de Medicina-UFPB; ²Discente do Curso de Medicina-UFPB; ³Residente em Cirurgia Geral e Graduado em Medicina-UFCG; ⁴Orientador. Docente do Curso de Medicina-UFPB

14.1 Tratamento cirúrgico e emagrecimento

Nas últimas décadas, o advento da cirurgia bariátrica (gastroplastia) revolucionou o tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal. Entretanto este procedimento cirúrgico deve ser entendido como uma parte do complexo programa de emagrecimento. Neste processo, a perda de peso demanda uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, a qual acompanhará o paciente de forma sistemática antes, durante e após o procedimento independente de qual técnica cirúrgica seja empregada.

Este acompanhamento longitudinal tem por objetivos assistir ao usuário no tocante aos desdobramentos decorrentes do processo cirúrgico, bem como prescrever ajustes medicamentosos visando a sua saúde e o seu bem-estar. Ademais, desperta-lo para um compromisso de mudanças no seu estilo de vida, adquirindo hábitos saudáveis e incluindo atividade física no seu cotidiano. A não adesão do paciente a este programa após a realização da cirurgia está associada ao ganho futuro do peso perdido, gerando insucesso global do tratamento e retorno do usuário a condição de portador da obesidade e de suas comorbidades.

Para ser candidato ao tratamento cirúrgico, o paciente portador de obesidade precisa preencher os requisitos mínimos frente às normas dispostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.942/20101, e pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na Resolução Normativa nº 211/2010, que foi alterada pela Resolução Normativa nº 262/20112. De acordo com as normas supracitadas, o usuário deve preencher os seguintes critérios:

- Ser maior de 18 anos (idosos e pessoas entre 16 e 18 anos podem ser operados, com algumas precauções adicionais);
- Apresentar índice de massa corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ associado à comorbidades (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença coronariana, doenças articulares, síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), dentre outras);
- Ter sido submetido ao tratamento clínico por pelo menos dois anos, com falha terapêutica do mesmo;
- Não possuir transtornos psicológicos ou patologia psiquiátrica ativa;
- Compreensão total do paciente e dos familiares sobre os riscos da cirurgia e necessidade do acompanhamento multidisciplinar;
- Não fazer uso de drogas ilícitas, nem de bebidas alcoólicas.

Em 2015, o CFM publicou a Resolução nº 2.131/20153, na qual especifica as comorbidades que poderão ter indicação de realização de cirurgia bariátrica em paciente com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ (Tabela 14.1). Além disso, esta resolução torna mais rígidos os critérios para realização do tratamento cirúrgico da obesidade em adolescentes acima de 16 anos, exigindo, além da criteriosa avaliação do risco/benefício,

Tabela 14.1: Comorbidades que justificam a indicação da cirurgia bariátrica em pessoas com IMC entre 35 e 40 kg/m^2 , de acordo com a Resolução nº 2.131/2015 do CFM.

Comorbidades que indicam a cirurgia bariátrica em IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$	
• Diabetes <i>mellitus</i>	fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada)
• Síndrome da apnéia obstrutiva do sono	• Refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica
• Hipertensão arterial sistêmica	• Pancreatites agudas de repetição
• Dislipidemia	• Esteatose hepática
• Osteoartroses	• Incontinência urinária de esforço na mulher
• Cor pulmonale e síndrome de hipoventilação	• Infertilidade masculina e feminina
• Asma grave não controlada	• Disfunção erétil
• Hérnias discais	• Síndrome dos ovários policísticos
• Doenças cardiovasculares (incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico, hipertensão e	• Veias varicosas e doença hemorroidária
	• Colecistopatia calculosa
	• Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri)

Fonte: <https://portal.cfm.org.br>.

a presença de um pediatra na equipe multiprofissional e a realização de exames comprobatórios da consolidação óssea do paciente.

Neste contexto, a decisão pelo tratamento cirúrgico implica necessariamente em um acompanhamento sistemático e longitudinal pela equipe multiprofissional, além do compromisso do paciente em promover uma metamorfose no seu estilo de vida, adquirindo como pressuposto básico um modelo salutogênico. A promoção da saúde pode ser encontrada, por exemplo, neste paradigma, o qual coloca a manutenção da saúde como prioridade fundamental no cotidiano do indivíduo e como a grande impulsionadora de um estilo de vida saudável.

14.2 Cuidados no pré-operatório

É importante que o paciente e a equipe multiprofissional realizem de forma competente o preparo pré-operatório, no intuito de priorizar a segurança e potencializar os resultados do tratamento cirúrgico da obesidade. Nesta fase, é comum solicitar ao paciente que se esforce para perder um pouco de peso. A perda de aproximadamente 10% do peso antes da cirurgia bariátrica pode estar relacionada a uma maior perda ponderal no primeiro ano de pós-operatório, além de proporcionar melhores condições anestésicas^{4,5}.

A avaliação pré-operatória deve ser multidisciplinar e minuciosa, identificando adequadamente qualquer fator que possa interferir no resultado da cirurgia⁵. Neste momento, é fundamental o preenchimento do Termo de Consentimento Informado (TCI), no qual o paciente reconhece estar devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios da cirurgia⁶. Além disso, exames complementares são necessários para identificar condições que possam piorar o risco cirúrgico do indivíduo.

Entre os exames básicos para avaliação pré-operatória de todos os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, devem constar hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea, glicemia, lipidograma, análise da função hepática, perfil de ferro, exame de urina, eletrocardiograma, radiografia de tórax, endoscopia digestiva alta, espirometria e ecodoppler venoso de membros inferiores⁵. Outros exames podem ser necessários ficando a critério da equipe responsável pelo acompanhamento.

A primeira consulta ocorre com o cirurgião, que fará a avaliação clínica inicial e em seguida o paciente é encaminhado para avaliação da equipe multiprofissional, composta por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, médico clínico, endocrinologista, cardiologista, anestesista, dentre outros⁶. É fundamental que esses profis-

sionais tenham experiência no manejo de pacientes com obesidade mórbida, uma vez que cada um destes deverá emitir um relatório apontando que o paciente está apto (ou não) a ser submetido ao procedimento cirúrgico, do ponto de vista da sua especialidade.

A avaliação nutricional deverá fornecer informações a respeito do percentual e da distribuição da gordura corporal, bem como identificar a existência de carências em macro e micronutrientes. A combinação de deficiências nutricionais no pré-operatório e as restrições e má-absorção, possivelmente induzidas pela cirurgia bariátrica, pode levar os pacientes a experiência importante de déficits nutricionais durante o período pós-operatório tardio, principalmente de micronutrientes⁷.

A avaliação psicológica ainda no pré-operatório também é indispensável para todos os pacientes. Nesse momento, o candidato será preparado para as mudanças que ocorrerão em sua autoimagem, autoestima e até mesmo no modo de se relacionar com a comida⁸. Independente da técnica escolhida, a psicoterapia é de extrema importância para preparar o paciente para a cirurgia, pois influencia diretamente o paciente no trans e pós-operatório, já que existem relações entre o estado emocional do paciente nessas três fases da cirurgia⁹.

É indispensável que haja participação do paciente em todas as consultas pré-operatórias e para alguns casos consultas adicionais podem ser necessárias. Entretanto, em todas as etapas do pré-operatório, é altamente recomendável que tanto o paciente quanto os seus familiares tenham amplo acesso às informações sobre os riscos, benefícios e possibilidades terapêuticas¹⁰. Importante frisar nas consultas que o paciente tabagista deve parar de fumar pelo menos oito semanas antes da cirurgia, para minimizar o risco das complicações tromboembólicas⁵.

Considerando que um determinado paciente já preencheu todas as etapas clínicas para estar apto à cirurgia bariátrica, a Tabela 14.2 apresenta as principais rotinas do pré-operatório a serem seguidas por todos os candidatos à gastroplastia:

De forma objetiva, a fase pré-operatória corresponde ao período compreendido entre o momento da recomendação de um procedimento cirúrgico até a sua execução de fato. No caso da gastroplastia, caracteriza-se por uma série de deveres e compromissos entres todos os atores envolvidos, sobretudo o próprio paciente, que deve procurar manter junto à equipe uma interação de confiança e responsabilidade. Todas as condutas e os cuidados necessários a fim de se otimizar a segurança e os resultados da cirurgia precisam estar devidamente esclarecidos para que o paciente se sinta sempre seguro na sua opção.

Tabela 14.2: Principais rotinas do pré-operatório a serem seguidas pelos candidatos à gastroplastia.

• Confirmar com o hospital o agendamento do procedimento	hipoglicemiante oral na noite anterior à cirurgia
• Jejum de 8 horas para sólidos e de 6 horas para líquidos claros	• Parar de fumar 2 a 3 semanas antes da data da cirurgia
• Tomar os medicamentos de uso crônico conforme orientação	• Levar exames de imagem (ecografia, mamografia, entre outros)
• Evitar o uso de AAS, aspirina e similares nos últimos 10 dias	• Estar sempre acompanhado de algum familiar ou amigo de confiança
• Suspender o uso de anticoagulantes orais (cumarínicos) 48 horas antes da cirurgia	• Em caso de dúvidas, entrar em contato com o anestesista da equipe
• Suspender dose de	

Fonte: do Autor.

14.3 A cirurgia

Uma vez que o paciente opta pela cirurgia bariátrica, torna-se válido sempre ressaltar ao mesmo que esta operação é considerada um procedimento de grande porte, apresentando uma série de riscos associados ao procedimento e capaz de gerar modificações definitivas em seu aparelho digestório⁸. Sendo assim, a seleção hospitalar, a escolha da equipe profissional, como também a escolha da técnica adequada pelo cirurgião de acordo com o perfil do paciente são requisitos cruciais na busca por resultados satisfatórios e na minimização dos riscos de complicações cirúrgicas.

A opção por profissionais competentes e com experiência comprovada na área é uma tarefa que requer investigação e informação por parte do paciente. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) fornece em seu endereço eletrônico [www.sbc.org.br] uma ferramenta de busca contendo a relação completa de todos os cirurgiões associados e que, obrigatoriamente, passam por programas de atualização e revisão científica. Também é disponibilizada uma lista dos hospitais credenciados em cada estado brasileiro e que, portanto, dispõem de infraestrutura compatível com o porte cirúrgico. Não obstante, torna-se fundamental que o candidato à gastroplastia procure obter informações de pacientes que já foram submetidos a esta técnica pelo cirurgião de sua opção.

É altamente recomendável que o usuário opte por profissionais associados à SBCBM e que estejam regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM), no Colégio Brasileiro de Ci-

rurgias (CBC) e no Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). Torna-se prudente também pesquisar a reputação do cirurgião bariátrico na sociedade médica, bem como as taxas de mortalidade e complicações associadas ao profissional, que muitas vezes apenas são obtidas em conversa direta e franca com o próprio cirurgião¹¹.

Tão importante quanto à escolha do cirurgião e da equipe profissional, será a seleção do hospital onde o procedimento será realizado. Este precisa apresentar condições adequadas para atender aos pacientes portadores de obesidade mórbida e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão³. É fundamental que o hospital possua leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e disponibilidade de exames laboratoriais 24 horas por dia, bem como possuir aparelho para tomografia computadorizada (TC) em funcionamento¹¹.

A escolha do tipo de cirurgia e da técnica cirúrgica a ser empregada é prerrogativa do médico, que levará em consideração as condições objetivas e subjetivas do paciente como variáveis importantes na opção da técnica, visando otimizar os resultados e afastar os riscos associados. Não há evidências científicas que apontem superioridade de uma técnica cirúrgica específica para a população obesa em geral, devendo essa escolha respeitar as características individuais do paciente aliadas com a maior experiência do cirurgião em realizar determinada técnica⁵.

Observados os fatores fundamentais ao êxito da cirurgia por parte do paciente e do cirurgião, este procedimento se constitui em uma estratégia eficaz na perda de peso do paciente em um período restrito de tempo.

14.4 Cuidados no pós-operatório

Sem embargo, vale ressaltar que, em cirurgias para tratamento da obesidade, as taxas de complicações gerais variam de 10-17%, as de reoperações ficam em torno de 7% e as de mortalidade encontram-se entre 0,08-0,35%¹². Os problemas pós-operatórios mais comuns de todas as técnicas descritas são tromboembolismo pulmonar (TEP), deiscência de sutura, fístulas, estenoses, infecções e hemorragia (mais comuns no pós-operatório imediato), hérnia e torção de alça intestinal (mais comuns no pós-operatório tardio)⁵.

A realização da cirurgia por via laparoscópica está associada a uma menor taxa de complicações e a uma permanência mínima de internação hospitalar, apresentando a mesma eficácia da laparotomia (cirurgia aberta). A profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) está indicada para todos os pacientes no pós-operatório, bem

como a insulinoaterapia dos pacientes diabéticos, objetivando níveis glicêmicos de 80 a 110 mg/dl no controle pré-prandial e inferiores a 180 mg/dl no pós-prandial⁵.

No estágio pós-operatório, a fase de adaptação é muito importante ao êxito da cirurgia. A nova rotina alimentar exige bastante cuidado e paciência. Normalmente, inicia-se a dieta oral líquida de prova 24 horas após o procedimento cirúrgico⁵. O plano de introdução gradual de alimentos é apresentado ao paciente com base em informações que garantam a compreensão dele sobre a capacidade gástrica no pós-operatório, sobre desconfortos fisiológicos potenciais e consequências que podem ser experimentadas se o protocolo não for seguido. A responsabilidade do indivíduo no autocuidado é enfatizada durante esta fase¹³.

O protocolo de progressão da dieta alimentar depende do tipo de cirurgia realizada, mas, como regra geral, o paciente deve realizar pequenas refeições balanceadas, diversas vezes ao dia, sem a ingestão simultânea de líquidos. A presença de fibras é obrigatória e o consumo de proteínas, em torno de 60 a 120g por dia. Hidratação adequada também é importante, com estímulo à ingestão de líquidos superior a 1,5 litro por dia⁵.

Um estudo de 2014 realizado em uma clínica privada de Nutrição, na cidade de São Sebastião do Paraíso-MG, com 32 pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica utilizou um protocolo de evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana, demonstrando que este plano pode ser vantajoso uma vez que oferece maior liberdade para escolhas saudáveis, aumentando a adesão às orientações nutricionais com uma perda ponderal dentro do esperado¹⁴.

O consumo de alimentos calóricos e doces (pudins, sorvetes, *milk-shake*, leite condensado, sucos com açúcar, refrigerantes e alimentos gordurosos) causam problemas sérios à adaptação do paciente no período pós-cirúrgico. Uma vez que, este tipo de alimento pode desencadear a *síndrome de dumping*, na qual o paciente apresenta taquicardia, sudorese, tontura, queda da pressão arterial e diarreia logo após o consumo destes. Um trabalho realizado em 2009 pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com entrevista de 34 pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica verificou a ocorrência da *síndrome de dumping* em 76% dos pacientes pesquisados, entretanto apenas 28% dos entrevistados sentiram-se incapacitados para a realização das atividades cotidianas¹⁵.

As complicações mais comuns no pós-operatório tardio são a queda de cabelo, a anemia e as deficiências nutricionais¹⁶, que são condições decorrentes do processo de emagrecimento. A suplemen-

tação nutricional é fundamental a todos os pacientes e deve incluir suplementos polivitamínicos diários que contenham minimamente ferro, cálcio, vitamina D, zinco e complexo B em sua fórmula⁵.

O retorno do paciente a sua atividade rotineira dependerá de suas condições clínicas no pós-operatório tardio e do tipo de cirurgia que foi realizado. No caso das cirurgias por videolaparoscopia, após 15 dias o paciente pode ser liberado para retorno ao trabalho (desde que o trabalho não exija grande esforço físico ou longas caminhadas) e para dirigir veículos. Já em casos de cirurgia aberta (por laparotomia), esse retorno do paciente deverá ocorrer após 30 e até 60 dias¹⁷.

É recomendável evitar os banhos de mar e de piscina por pelo menos 30 dias, bem como evitar exposição solar direta na região do abdome. As relações sexuais podem ser liberadas após os 30 dias da cirurgia por vídeo e após 60 dias da cirurgia aberta. Já os exercícios físicos em academia poderão ser retomados em torno de 30 a 40 dias, no caso da cirurgia por vídeo, e entre 60 e 90 dias, no caso da cirurgia aberta. Lembrando que os primeiros dias de academia deverão contar com acompanhamento profissional, sempre atento as limitações do usuário¹⁷.

As mulheres em idade reprodutiva correspondem a quase 50% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica¹⁸. No caso da paciente que deseja engravidar, recomenda-se que aguarde um período de 18 meses após a gastroplastia, para que o organismo possa estar adaptado ao novo peso e as carências nutricionais estejam mais compensadas. É também recomendável que a paciente utilize algum método contraceptivo durante esse período. Ainda assim, a gravidez é de alto risco e necessitará de acompanhamento rigoroso do peso e suplementação de nutrientes e vitaminas¹⁸.

A perda ponderal estabiliza-se em média 18 meses após a cirurgia, época em que geralmente ocorre perda máxima do peso (podendo chegar a mais de 80% do excesso deste)⁵. O tratamento cirúrgico da obesidade é bem-sucedido se houver perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso e o paciente deixar a condição de obeso mórbido, sendo necessária a manutenção desse perfil pelo período de cinco anos⁵. A ingestão calórica e lipídica inadequada é considerada fator decisivo para ganho de peso no pós-operatório tardio, reforçando assim a importância do acompanhamento nutricional pré e pós-operatório e também por toda vida¹⁹.

As cirurgias plásticas realizadas após a gastroplastia são consideradas cirurgias reparadoras e os pacientes deverão ser avaliados por equipe de cirurgia plástica após estabilização da perda de excesso de peso e/ou dezoito meses após a cirurgia bariátrica. As principais intervenções realizadas são: abdominoplastia, mamoplas-

tia, correção de lipodistrofias e lipoaspiração. Além de corrigir a deformidade corporal, estas intervenções têm por objetivo reduzir as complicações associadas ao excesso de pele, tais como dermatites, ulcerações e infecções de pele, que muitas vezes interferem no convívio social do paciente²⁰.

14.5 Populações especiais

14.5.1 Gestantes

Mulheres grandes obesas têm maior chance de iniciar uma gestação com a saúde comprometida por uma variedade de doenças crônicas, entre as quais podemos citar: HAS, diabetes *mellitus* tipo 2, asma brônquica e esteatose hepática. Sendo assim, possuem maior risco de complicações do tipo diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e infecções do trato urinário (ITU) durante a gestação quando comparadas a mulheres com peso normal²¹.

As pacientes obesas devem ser esclarecidas dos potenciais riscos de sua gravidez e serem acompanhadas por equipe multidisciplinar com obstetra, nutricionista, educador físico e outros especialistas a depender das comorbidades individuais. Nessa população, a gravidez é considerada de alto risco e está associada a uma necessidade aumentada de exames e consultas pré-natais, maior número de partos cesáreos, maior incidência de macrossomia fetal, aumento de infecções em sítio cirúrgico e maior tempo de internação hospitalar²¹.

A conduta mais assertiva para reduzir riscos gestacionais em mulheres obesas consiste em orientar a perda de peso antes da concepção. O peso pré-concepcional pode oscilar entre 15% acima ou abaixo dos valores considerados de referência para o IMC. Mulheres submetidas a qualquer procedimento de cirurgia bariátrica necessitam ser suplementadas com folato, cálcio e vitamina B12, para reduzir o risco de deficiência nutricional subclínica. Porém, o aconselhável seria o adiamento da gravidez por 12-18 meses no pós-operatório, para evitar o período de catabolismo com rápida perda de peso²².

14.5.2 Idosos

Concomitantemente com a pandemia da obesidade, observa-se o fenômeno de envelhecimento global, com aumento significativo na população de idosos obesos²³. As evidências mostram que os pacientes com idade entre 60 e 65 anos podem ser operados com risco de morbimortalidade igual ao de pacientes mais jovens. Já os pacientes com mais de 65 anos devem ser estudados mais profundamente e

avaliados por meio de critérios mais objetivos, para se acessar o real risco/benefício da cirurgia²³, uma vez que o elevado risco cirúrgico pode representar uma maior mortalidade.

A indicação da gastroplastia nos pacientes idosos não deve levar em conta apenas a idade, mas sim as comorbidades e a expectativa de vida de cada paciente individualmente. Em um estudo norte-americano com 1.834 paciente submetidos a derivação gástrica em Y de Roux, foram identificados 127 pacientes com idade acima de 60 anos. Nesta população a mortalidade nos primeiros 30 dias após a cirurgia foi de 0,7%, a morbidade foi de 14% e a mortalidade, em cinco anos, foi de 5%. A queda no IMC desta faixa etária variou entre médias de 46 para 33, com 51% de desaparecimento das comorbidades associadas à obesidade, e melhora subjetiva de 89% quanto à satisfação do paciente²³.

De um modo geral, recomenda-se que os idosos portadores de obesidade mórbida devam ser tratados em centros especializados, de grande movimento cirúrgico e baixos índices de morbidade e mortalidade. Com isso, eles experimentam os benefícios da cirurgia bariátrica com uma aceitável morbimortalidade, uma vez que a idade por si só não deve funcionar como um impeditivo absoluto na indicação cirúrgica²⁴.

14.5.3 Crianças e adolescentes

A segurança e a eficácia da cirurgia bariátrica em adolescentes têm mudado muito²⁵. Em artigo de revisão publicado pela *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) em conjunto com outras sociedades de diversas especialidades, observou-se que a morbidade da cirurgia bariátrica em adolescentes foi de 2,9%, enquanto que não ocorreram óbitos nesta população. Estes resultados são muito inferiores aos observados em outros tipos de cirurgias pediátricas, como por exemplo, cirurgias cardíacas, onde a mortalidade é de 5,4%²⁵.

É neste cenário que a cirurgia bariátrica se consolida como alternativa eficaz quando medidas clínicas falham. Soma-se ao fato de ser extremamente segura, com baixo índice de complicações e elevado índice de êxito, semelhante aos observados em adultos, podendo adicionar anos de vida com qualidade²⁵. Além disso, os jovens possuem maior reserva funcional e poucas lesões orgânicas já estabelecidas pela obesidade, portanto estão sujeitos a menos complicações no pós-operatório.

Apesar de não haver um consenso sobre a realização da cirurgia bariátrica em crianças, o procedimento deve ser lembrado quan-

do todas as outras abordagens se revelaram ineficazes²⁶. Porém, a cirurgia não marca o fim do tratamento da obesidade; ao contrário, significa o início de um período de transformações nutricionais e de comportamento, sendo fundamental a conscientização e cooperação de parentes e familiares em todas as etapas do tratamento. Aos profissionais cabe a função de primar pelos aspectos éticos na indicação do procedimento e agir com prudência, sempre levando em consideração as particularidades de cada caso e as normas estabelecidas pelos órgãos competentes.

14.5.4 Pacientes com risco anestésico elevado

Pacientes de alto risco anestésico, como cardiopatas e diabéticos, necessitam de cuidados em UTI nas primeiras 24 a 48 horas de pós-operatório⁵. Para os pacientes com risco anestésico classificado como *American Society of Anesthesiologist (ASA)* categoria IV, ou seja, portador de distúrbios sistêmicos graves, que colocam em risco a vida do paciente, a realização de cirurgia bariátrica está contraindicada¹⁰.

No caso dos pacientes portadores de IMC ≥ 50 kg/m², também conhecidos por super obesos, pode-se abrir mão da exigência de dois anos de tentativa de tratamento clínico, uma vez que esta é considerada uma situação extrema. Entretanto, o paciente deverá passar por todas as fases de avaliação pré-operatória com equipe multiprofissional.

14.5.5 Portadores do vírus HIV

Os pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) constituem um contingente populacional no qual há um déficit de estudos no meio científico sobre quais procedimentos bariátricos são os mais indicados, o que pode ser justificado pela baixa incidência de obesidade neste grupo específico. Um trabalho realizado pelo departamento de cirurgia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2016, através de revisão sistemática de literatura verificou que a gastrectomia vertical ou *sleeve* gástrico constitui um método seguro e eficaz, apresentando baixa morbimortalidade e baixo índice de complicações pós-operatórias, sendo, portanto, uma técnica cirúrgica segura para uso nestes pacientes²⁷.

Além disso, a técnica do *sleeve* gástrico, por ser apenas restritiva, possibilita a continuidade do tratamento antirretroviral²⁷, uma vez que estes fármacos são de absorção intestinal. No pós-operatório imediato pode ser necessária uma pausa na ingestão dos comprimidos, em geral por duas semanas, tornando fundamental a inter-

venção do infectologista na indicação de uma via de administração alternativa para o coquetel antirretroviral durante este período.

14.6 Fatores de Risco

14.6.1 Etilismo

Um estudo prospectivo do tipo série de casos realizado em 2015 pelo departamento de nutrição da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) com 119 pacientes em pré e pós-operatório de gastroplastia demonstrou que o tratamento cirúrgico da obesidade pode estar associado a um risco aumentado para o abuso do consumo de álcool após a operação²⁸. A explicação para este fato pode estar relacionada com a frustração do paciente diante da incapacidade de continuar com os hábitos alimentares passados, com o consumo de grandes volumes de alimentos palatáveis, gerando uma procura por substâncias de recompensa semelhantes ao alimento, como o álcool.

Essa possibilidade de transferência da compulsão alimentar pela modalidade de compulsão por abuso de álcool pode comprometer o processo de reabilitação²⁹. Após a cirurgia o organismo encontra-se mais sensível aos efeitos nocivos do álcool e doses alcoólicas menores causam maior intoxicação comparada ao período anterior à operação. Ademais, o excesso de álcool no sangue pode dificultar o adequado controle da glicemia nesses pacientes, o que constitui uma grande vulnerabilidade a complicações agudas decorrentes da intoxicação pelo etanol.

Portanto, o acompanhamento desses pacientes requer estratégias que fomentem o interesse por práticas saudáveis, com mudanças de hábitos alimentares, prática de atividade física e foco na atenção psíquica, com intervenções da equipe multiprofissional sempre que necessário.

14.6.2 Tabagismo

O mais indicado seria eliminar o tabagismo, entretanto esta condição não constitui uma contraindicação absoluta à realização da cirurgia bariátrica. Apesar disso, recomenda-se uma suspensão, mesmo que temporária, com o objetivo de evitar complicações. Essa interrupção deve ocorrer no mínimo dois meses antes do procedimento cirúrgico ou, caso esta suspensão total não seja possível, reduzir em 50% o consumo diário e parar completamente 24 horas antes da cirurgia.

As principais complicações cirúrgicas relacionadas ao tabagismo são: desencadear o reflexo da tosse, aumentando o risco de hér-

nia incisional nas cirurgias abertas; promover acúmulo de secreções pulmonares, o que facilita ocorrência de pneumonias; aumentar a chance de ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Um ensaio controlado publicado no *New Journal English of Medicine*, em 1999, demonstrou que, em média, os indivíduos que abandonam o tabagismo ganham de cinco a seis quilos de peso corporal³⁰. Este aumento do peso pode ser moderado pela terapia com bupropiona em alguns pacientes⁵. A eliminação do tabagismo e a perda de peso podem ser mais efetivamente alcançadas a partir da frequência a programas que visem a esses dois objetivos de forma simultânea.

14.6.3 Cafeína

A cafeína pertence a um grupo de compostos solúveis chamados purinas (trimetilxantina), encontradas naturalmente em grãos de café e cacau, chás, guaraná, chocolate, bebidas à base de colas e sob a forma de comprimidos⁵. À cafeína atribui-se um efeito termogênico, uma vez que estimula a liberação de adrenalina que age como antagonista dos receptores de adenina nos adipócitos, promovendo lipólise e liberação de ácidos graxos livres na circulação.

Apesar de seu efeito estimulante e antioxidante, o consumo de café (e outros produtos contendo cafeína, como chá verde e chá mate) deve ser evitado, pelo menos nos três primeiros meses. O consumo exagerado de cafeína pode aumentar a produção de secreções gástrica, aumentando o risco de refluxo gastroesofágico, além de provocar taquicardia e prejudicar a qualidade do sono. Ademais, não existem evidências que corroborem sua atuação na redução do peso corporal, sendo necessárias mais investigações que comprovem e reproduzam esses efeitos⁵.

14.6.4 Fast-food

Nas sociedades contemporâneas, onde o cotidiano dos indivíduos implica em uma racionalização do uso do tempo, a ausência deste, favorece a implantação de novos costumes alimentares, neste contexto encontram-se os *fast food*, que constituem ambientes extremamente sedutores e considerados altamente obesogênicos, onde o alimento gera adicção. As pessoas são impulsionadas ao consumo de alimentos com alto teor de gorduras e carboidratos simples, na maioria das vezes não saudáveis. Somado a este fascínio, os meios de comunicação induzem, através de estratégias de *marketing*, ao consumo destes alimentos, associando este hábito a uma mercantilização do prazer imediato³¹.

A cadeia de *fast-food* é uma grande ameaça à estabilidade do paciente cirurgiado, o qual tem como desafio superar o hedonismo imediato deste tipo de alimentação. Por isso, torna-se muito importante resgatar continuamente nas consultas de acompanhamento o conceito de saúde integral, a partir do desejo legítimo do paciente de emagrecer. Entretanto não se pode negligenciar que os alimentos constituem uma forma de recompensa ao indivíduo. Ademais, estão eivados de significados culturais, econômicos, afetivos, sociais e comportamentais, que podem ser considerados e negociados com o paciente, articulando a sua saúde e o prazer.

14.7 Cirurgia bariátrica no tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2

Apesar dos consideráveis avanços na medicina e no tratamento clínico da diabetes *mellitus* tipo 2 com o surgimento de novas drogas no mercado, a epidemiologia da obesidade e consequentemente a instauração desta patologia constitui um fator de grande preocupação para a saúde pública e para o indivíduo, devido a sua repercussão negativa em todo o organismo, causando na maioria das vezes a perda de funções orgânicas. Dessa forma, tais indivíduos apresentam alta vulnerabilidade ao desenvolvimento das complicações advindas da doença, que permanece como importante causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo³².

Os procedimentos cirúrgicos sobre o trato gastrointestinal, principalmente as cirurgias bariátricas, proporcionam controle metabólico da diabetes *mellitus* tipo 2, através de mecanismos hormonais não relacionados diretamente com a perda de peso^{32,33}. Inclusive, o uso do termo “cirurgia metabólica” vem ganhando destaque no meio científico para definir qualquer procedimento cirúrgico em que há modificação anatômica do trato gastrointestinal resultando em melhor controle metabólico de comorbidades agravadas pelo excesso de peso, como é o caso da diabetes *mellitus* tipo 2.

A indicação da cirurgia metabólica para os pacientes com IMC < 35 kg/m² e que são portadores da diabetes *mellitus* tipo 2 não considerado clinicamente tem sido amplamente discutida no meio científico, porém as evidências ainda são insuficientes para que se sejam conclusões a respeito dos benefícios e das indicações deste procedimento neste público alvo. A derivação gastrojejunal em Y de Roux é a técnica que tem apresentado os melhores resultados na remissão da resistência insulínica, com possibilidade de indicação da gastrectomia vertical para os casos em que há contraindicação à primeira técnica³³.

Neste sentido, é importante frisar que existe uma polêmica instaurada quanto à erradicação da diabetes *mellitus* tipo 2 através

da gastroplastia. Ainda assim, novos estudos são necessários para consolidar o promissor papel da cirurgia metabólica, bem como estabelecer o momento indicado para realização da mesma.

Dessa forma, a cirurgia bariátrica é indicada com a perspectiva de fomentar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida perdida através do excesso de peso, desde que ocorra um compromisso em modificar o estilo de vida.

As mudanças no estilo de vida do paciente submetido à gastroplastia fazem parte do processo de tratamento. Constitui uma condição fundamental para todos os pacientes que desejam a manutenção a médio e longo prazo da perda de peso através da cirurgia. A construção dessa conduta saudável envolve a interlocução dos aspectos físicos, psíquicos e sociais que variam de indivíduo para indivíduo. Sendo assim, o acompanhamento multiprofissional do paciente após a cirurgia pode ser um fator decisivo na manutenção dos resultados.

Referências

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM Nº 1.942 de 12 de fevereiro de 2010. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. [Internet]. D.O.U. Seção I, p. 72. [acesso em 2016 dez 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm
2. Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa Nº 262 de 01 de agosto de 2011. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. [Internet] [acesso em 2016 dez 03]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rolprocedimentos/anexoii_rn262_integra_rn211.pdf
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM Nº 2.131 de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução [Internet]. CFM nº 1.942/10, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. D.O.U. Seção I, p. 66. [acesso em 2016 dez 04]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf
4. Brasil. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM. [Homepage]. Preparação pré-operatória é fundamental para cirurgia bariátrica; veja 7 dicas. [acesso em 2016 dez 03]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/preparacao-pre-opera->

5. Brasil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3ªed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009.
6. Brasil. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SB-CBM. [Homepage] Tratamento Cirúrgico > Pré e Pós Operatório > Preparação. [acesso em 2016 dez 04]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/beneficios-e-preparacao/>
7. Lima KVG, Costa MJC, Gonçalves MCR, Sousa BS. Deficiências de micronutrientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD Arq Bras Cir Dig. [Internet] 2013 [acesso em 2016 dez 04]; 26 (Supl 1):63-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26s1/a14v26s1.pdf>
8. Clínica cirúrgica avançada - Quíron. [Homepage]. Cirurgia bariátrica: manual do paciente. [acesso em 2016 dez 04]. Disponível em: http://www.quironcirurgia.com.br/wp-content/uploads/2015/05/manual_cir_barietrica_quiron.pdf
9. Andrade NS, Gonçalves CM, Bretas SM. A atuação da psicologia na cirurgia bariátrica. 2012. [acesso em 2016 dez 04]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0805.pdf>
10. Brasil. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM. [Homepage] Consenso Bariátrico. [acesso em 2016 dez 05]. Disponível em: http://www.sbc.org.br/arquivos/download/consenso_barietrico.pdf
11. Brasil. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM. [Homepage] 9 dicas para escolher um bom cirurgião bariátrico. [acesso em 2016 dez 05]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/wordpress/dica-para-escolher-um-bom-cirurgiao-barietrico/>
12. Stoll A, Rosin L, Dias MF, Marquiotti B, Gugelmin G, Stoll GF. Complicações pós-operatórias precoces no bypass gástrico em y-de-roux. ABCD Arq Bras Cir Dig. [Internet] 2016 [acesso em 2016 dez 05]; 29(Supl.1):72-74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00072.pdf
13. Cruz MRR, Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento

cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Rev Nutr Campinas*. [Internet]. 2004 abr/jun [acesso em 2016 dez 05]; 17(2):263-272. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21139.pdf>

14. Andrade CGC, Lobo A. Perda de peso no primeiro mês pós-gastroplastia seguindo evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. [Internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 05]; 27(Supl 1):13-16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00013.pdf

15. Loss AB, Souza AAP, Pitombo CA, Milcent M, Madureira, FAV. Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em Y de Roux. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet] 2009 [acesso em 2016 dez 05]; 36(5):413-419. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n5/09.pdf>

16. Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM, Caetano JA. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 mar [acesso em 2016 dez 05]; 36(1):21-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-r-genf-36-01-00021.pdf

17. Guia bariátrica. Cirurgia bariátrica – guia para o pré e pós-operatório. E-book gratuito, 1 ed. [acesso em 2016 dez 05]. Disponível em: <http://guiabariatrica.com.br/>

18. Ilias EJ. Considerações sobre gravidez após cirurgia bariátrica: evidências atuais e recomendações. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2008 dez [acesso em 2016 dez 10]; 54(6):475. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a03.pdf>

19. Martins JSS, Paganotto M. Hábitos de vida no pós-operatório de gastroplastia: correlação com peso. *Cad da Esc de Saúde*. [Internet]. 2010 [acesso em 2016 dez 10] 2(4):30-45. Disponível em: http://www.unibrasil.com.br/pdf/nutricao/2010-1/3_tcc.pdf

20. Lacerda MA. A cirurgia plástica após a cirurgia bariátrica. In: Cavalcanti IL, Cantinho FADF, Assad A. *Medicina Perioperatória* Editores. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006, p. 777-792.

21. Carneiro JRI, Braga FO, Cabizuca CA, Abi-Abib RC, Cobas RA, Gomes MB. Gestação e obesidade: um problema emergente. *Revista HUPE*. 2014; 13(3):18-25.
22. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. [Homepage]. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro: consulta pré-concepcional. [acesso em 2016 dez 15]. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf
23. Fatima J, Houghton M, Iqbal CW, Thompson GB, Que FL, Kendrich ML, et al. Bariatric surgery at the extreme of age. *J Gastroint Surg*. 2006; 10(10):1392-6.
24. Nassif PAN, Malafaia O, Ribas-Filho JM, Czczeko NG, Garcia RF, Ariede BL. Quando e por que operar idoso obeso. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. [Internet] 2015 [acesso em 2016 dez 12]; 28(Supl 1):84-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28s1/pt_0102-6720-abcd-28-s1-00084.pdf
25. Caravatto PP, Petry T, Cohen R. Cirurgia bariátrica em adolescentes. *Blucher Medical Proceedings*. In: *Anais do 2 . Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas*. 2014 nov ; 1(4):162-175.
26. CMA, Neto GEJM, Santana MF, Correia SFBM, Silva JJ. Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes. *Rev. bio t. (Impr.)* [Internet] 2015 [acesso em 2017 jan 01]; 23(1):61-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0061.pdf>
27. Pinto JMC, Lima MGCL, Almeida ALMC, Sousa MG. Gastrectomia vertical em pacientes com obesidade mórbida e HIV. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. [Internet] 2016 [acesso em 2016 dez 15]; 29(Supl 1):124-127. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00124.pdf
28. Amorim ACR, Souza AFO, Nascimento ALV, Maio R, Burgos MGPA. Uso de bebida alcoólica em períodos pré e p s- operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir*. [Internet] 2015 [acesso em 2016 dez 15]; 42(1):003-008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n1/pt_0100-6991-rcbc-42-01-00003.pdf
29. Gregorio VD, Lucchese R, Vera I, Silva GC, Silva A, Moraes RCC.

O padrão no consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. ABCD Arq Bras Cir Dig. [Internet] 2016 [acesso em 2016 dez 15]; 29(Supl 1):111-115. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00111.pdf

30. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999; 340:685-91.

31. Souza NPP, Oliveira MRM. O ambiente como elemento determinante da obesidade. Rev. Simbio-Logias. [Internet] 2008 maio [acesso em 2016 dez 15]; 1(1):157-173. Disponível em: <http://www.redesans.com.br/redesans/wp-content/uploads/2012/10/o-ambiente-como-elemento-paraleitura.pdf>

32. Freitas ACT. Cirurgia gastrointestinal no tratamento da diabetes tipo 2. ABCD, arq bras cir dig. [Internet]. 2007 jun [acesso em 2016 dez 15]; 20(2):119-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v20n2/12.pdf>

33. Campos J, Ramos A, Szego T, Zilberstein B, Feitosa H, Cohen R. O papel da cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes com obesidade grau I e diabetes tipo 2 não controlados clinicamente. ABCD Arq Bras Cir Dig. [Internet]. 2016 [acesso em 2016 dez 15]; 29 (Sup l1):102-106. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v29s1/pt_0102-6720-abcd-29-s1-00102.pdf