

# OBESIDADE

## MANUAL DE INFORMAÇÕES AOS PACIENTES O QUE É OBESIDADE?

A obesidade é uma doença progressiva que resulta do desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético. É fruto de influências genéticas (geralmente há mais obesos na família), distúrbios metabólicos (engorda-se desproporcionalmente à quantidade de calorias ingeridas) e ambientais (oferta e estímulo ao consumo de alimentos impróprios).

## COMO É CARACTERIZADA A OBESIDADE?

O conceito de obesidade baseia-se na proporção entre o peso e a altura do indivíduo, o que representa o ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC) =  $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$ . O peso ideal deve corresponder a um IMC inferior a 25. Sobrepeso é definido quando de IMC entre 25 e 30, onde estão indicados a reeducação alimentar e os exercícios para sua correção. Fala-se em obesidade quando o IMC supera 30 e nestes casos, além da dieta e dos exercícios, podem ser necessários medicamentos que controlem o apetite e diminuam a absorção de gorduras. Índices de Massa Corpórea superiores a 40 indicam um estado patológico extremamente grave (OBESIDADE MÓRBIDA), associado à uma série de doenças (COMORBIDADE), com graves riscos à saúde e à vida.

## QUAL É O TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A OBESIDADE?

Conhecida como CIRURGIA BARIÁTRICA, visa diminuir o volume do estômago de 1800 ml para apenas 20 a 30 ml, de forma a limitar a ingestão alimentar e causar sensação de saciedade precoce. Nada é removido do organismo e sim, restringindo o seu uso. A técnica mais utilizada mundialmente é conhecida pelo nome de seu idealizador, Dr. Rafael Capella, denominada GASTROPLASTIA VERTICAL EM Y DE ROUX (GVYR). Esta é a técnica que a nossa clínica, a CETCO utiliza.

## COMO FICAM AS REFEIÇÕES DOS OBESOS OPERADOS?

Com o estômago reduzido a 20 ou 30 ml, o operado tem de ingerir, depois de um mês de adaptação onde apenas toma líquidos, no máximo 200 g por refeição. Como o "novo" estômago permanece inervado, ao se encher com comida, produz a sensação de saciedade, PERDENDO-SE A FOME!

É importante comer muito devagar, caso contrário haverá náuseas e vômitos. Não se pode abusar dos doces, pois podem surgir sintomas de mal estar, devido sua rápida absorção.

## QUEM PODE E QUEM NÃO PODE SER OPERADO?

Esta cirurgia está indicada para pacientes com IMC igual ou superior a 40 ou com índices menores, porém com doenças associadas (hipertensão, diabetes, doenças articulares, apnéia do sono). Não pode ser realizada em pacientes com problemas cardíacos ou respiratórios graves ou distúrbios acentuados de coagulação.

## PREPARO PARA A CIRURGIA

O candidato à operação precisa obrigatoriamente de uma avaliação e preparo psicológico e nutricional para prepará-lo para uma nova realidade de vida. Opera-se o estômago, mas não a CABEÇA dos obesos. Crucial para um bom resultado é a estreita participação do psicólogo, antes e depois da operação, posto que, muitas vezes a obesidade serve de escudo e de válvula de escape para conflitos não solucionados, impedindo o aparecimento de outros problemas e ensinando o obeso a encarar esta nova realidade, a ter uma nova vida! A avaliação psicológica pré-operatória inclui um estudo da personalidade, da qualidade de vida e de aspectos patológicos como: estima rebaixada e isolamento, ódio, negação do próprio corpo (VERGONHA), negação do espelho (NÃO SE REFLETE), ansiedade/Compulsão (DEPRESSÃO).

Em alguns pacientes predispostos, a cirurgia pode desencadear algumas reações psicológicas indesejáveis, que são facilmente resolvidas com um acompanhamento psicológico: medo e manias; substituições e compulsões no trabalho; na relação sexual; no relacionamento familiar e interpessoal. A psicoterapia visa obter um aumento da auto-estima, com valorização de si mesmo, conduzindo a uma adaptação ao meio, voltando o obeso a estudar, trabalhar, namorar, ter vida sexual ativa, inclusive atuando junto à família do obeso.

## EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

É necessária uma rigorosa avaliação pré-operatória, para não se correr nenhum risco desnecessário. São solicitados exames laboratoriais (hemograma, glicemia, sódio e potássio, uréia e creatinina, T3, T4 e TSH, urina tipo 1 e protoparasitológico); eletrocardiograma e raio X de tórax além de provas de função respiratória, endoscopia e ultra-som de abdome. De posse destes exames, o obeso é avaliado por um cardiologista, para quantificação e cuidados específicos durante a internação e cirurgia. No hospital, também será avaliado antes da operação pela equipe de anestesiologistas.

## PRÉ-OPERATÓRIO

Na véspera da cirurgia, o obeso não deve fazer "uma despedida dos prazeres da comida", devendo-se alimentar de líquidos, além de tomar um anti-flatulento (dimeticona) e um laxante suave (tamarine). O jejum deve ser iniciado à partir das 22 horas do dia que antecede a operação. Deve se dirigir ao Hospital para ser internado, no mínimo duas horas antes do horário previsto para a cirurgia, munido de seus documentos pessoais, do convênio, carta de internação e de TODOS OS EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS. É necessário trazer pelo menos duas mudas de roupa, dois pijamas ou camisolas, um agasalho confortável, material de higiene íntima e um chinelo com sola não derrapante. É fundamental que o paciente tenha previamente comprado duas cintas (faixas contensoras com velcro), e não se esquecer de trazê-las, pois serão usadas já no primeiro dia de pós-operatório. A CIRURGIA dura aproximadamente três horas, entretanto o paciente permanece na sala de recuperação pós-anestésica por mais algumas horas, com a supervisão constante da equipe anestésica. Em casos especiais (raro), o primeiro dia de operado pode ser feito na UTI, em função de dificuldades respiratórias em grandes obesos. Geralmente há pouca dor, facilmente contornada por medicação e, o paciente é estimulado a sair precocemente da cama e andar. Isto evita complicações respiratórias. Durante a internação, o paciente recebe injeções de anticoagulantes e antibióticos, que asseguram uma evolução segura.

## RISCOS

Como toda cirurgia de grande porte, envolvendo pacientes com distúrbios metabólicos há riscos! Mesmos em equipes com grande experiência (mais de 1500 obesos operados) complicações acontecem, como problemas respiratórios (embolia pulmonar ou atelectasia) ou abdominais (deiscências e supurações). O índice de mortalidade está em torno de 2% , entretanto a possibilidade de morte para o grande obeso não operado é 12 vezes maior que um não obeso! Por estas razões, torna-se obrigatório seguirem-se todas as regras!

## DIETA E CUIDADOS NO PRIMEIRO MÊS DE OPERADO

Já no primeiro dia de operado são liberados água e chá, que devem ser tomados aos poucos e constantemente. Do 2º ao 30º dia apenas podem ser ingeridos líquidos (sucos, chás e sopas coadas), para não se forçar o "novo" estômago. É necessário nos primeiros 60 dias tomar uma medicação para diminuir a acidez gástrica. Por sete dias é administrado antibiótico e, durante a internação, o anticoagulante. Os esforços neste período são proibidos, para se evitar o aparecimento de hérnias: carregar pesos, atividade sexual, dirigir carros, ou subir e descer freqüentemente escadas.

## SEGUNDO MÊS EM DIANTE

Gradualmente, o paciente operado é liberado para os exercícios (caminhada, hidroginástica, esteira), atividade sexual, dirigir automóveis , etc. Como ocorre drástica restrição da quantidade alimentar, há a necessidade de suplementação vitamínica diária e permanente. É fundamental que o operado NUNCA SE ESQUEÇA que seu estômago está 97% menor e NUNCA dê grandes "bocadas", limitando-se a ingerir, NO MÁXIMO 200g por refeição, mastigando-a demoradamente, já que o diâmetro de passagem dos alimentos é de cerca de 1,2 cm.

## CETCO – CLÍNICA ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

**A CETCO – CLÍNICA ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE**, é pioneira no Grande ABC no tratamento da obesidade mórbida. É composta por equipe cirúrgica, nutricionista e psicóloga com especialização nesta modalidade terapêutica. A equipe cirúrgica da **CETCO – CLÍNICA ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE** com especialização no **INSTITUTO GARRIDO**, é responsável pelo **Serviço de Cirurgia Bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC**, atendendo à população carente da região, e conduzindo estudos clínicos para melhor reconhecimento desta doença e de seu tratamento. **A CETCO – CLÍNICA ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE** realiza mensalmente reuniões multidisciplinares, abertas aos que desejam conhecer maiores detalhes sobre a obesidade e a Cirurgia Bariátrica. Trata-se de uma oportunidade de reunir pessoas interessadas no assunto e difundir os aspectos mais importantes desta doença, procurando dirimir as dúvidas quanto às indicações, preparo, técnica e conseqüências da CIRURGIA PARA A OBESIDADE MÓRBIDA.

## GASTROPLASTIA

Recurso extremo

Vítimas de obesidade mórbida perdem 40% do peso com cirurgia que diminui o estômago

Passar despercebida na rua era até recentemente o maior sonho da estudante de Psicologia Fernanda Lourenço dos Santos, 22 anos. Ela chamava a atenção pelo volume: 147,5 quilos para uma altura de 1,67 metro. Naturalmente as habituais chacotas e brincadeiras de mau gosto deram-lhe uma adolescência sofrida. Mas hoje, com a queda de peso para 61,5 quilos - obtida em um ano e meio -, Fernanda atrai olhares de admiração. Essa mudança deveu-se à gastroplastia, cirurgia para reduzir o tamanho do estômago. Durante muito tempo ela só era feita no Hospital das Clínicas de São Paulo. Agora, outras instituições começam a se capacitar, como o HC da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que está realizando uma cirurgia por semana a partir deste mês. O segredo da gastroplastia é simples: com a diminuição de volume, o estômago enche-se rapidamente, transmitindo ao cérebro a mensagem de saciedade e fazendo a pessoa comer muito menos do que anteriormente. Suas variadas técnicas foram aperfeiçoadas nos últimos anos. Uma das mais utilizadas hoje em dia é a da gastroplastia vertical com bandagem - colocação de uma cinta fixa para regular a saída de alimento da minúscula bolsa a que fica reduzido o estômago. "É a mais segura e permite a perda de 40% do peso em um ano", afirma Arthur Garrido Jr., professor associado de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade Medicina da USP.

Os resultados são bons, mas a cirurgia exige sacrifícios dos pacientes devido à difícil convalescença. No primeiro mês, a alimentação restringe-se rigorosamente a líquidos. A partir daí começam a ser introduzidos os sólidos em pouquíssima quantidade, algo equivalente a uma xícara de café em cada refeição - dosagem a que o paciente terá de se acostumar pelo resto de sua vida. Para quem se espantar com ela, supondo uma ameaça de desnutrição, a medicina responde que em casos de hiperobesidade a absorção dos alimentos é completa, ao contrário do que ocorre em pessoas normais. Mas esse assunto ainda está no terreno das hipóteses, advertem os médicos. A verdade é que os hiperobesos operados sobrevivem muito bem. A gastroplastia é indicada apenas nos casos de obesidade mórbida, em que a saúde é afetada e todos os recursos para emagrecimento foram esgotados, quer dietas, quer remédios. A obesidade mórbida é determinada pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40. Estudos feitos nos Estados Unidos revelam que pacientes nessa faixa, entre 25 e 34 anos, sofrem risco de óbito 12 vezes maior do que pessoas da mesma idade e peso adequado. J.T.V., candidato à cirurgia, pertence àquele grupo de risco. Ele é funcionário da Unicamp, pesa 234 quilos, mede 1,84 metro e vem tendo dificuldade para respirar por causa da gordura. Enquanto aguarda a vez, faz regime para perder 10% do peso a fim de facilitar a cirurgia com o necessário apoio psicológico para não reincidir. "É que as pessoas muito obesas comem em excesso também como forma de compensação", diz a psicóloga Marlene Monteiro da Silva, do Hospital das Clínicas de São Paulo. De fato a gula, assim como o sedentarismo, está entre os maus hábitos que levam à obesidade. "Mas a doença também está relacionada a fatores hereditários", diz o cirurgião José Carlos Pareja, introdutor da técnica no Hospital de Clínicas da Unicamp. O cérebro de pessoas obesas funciona de maneira diferente da do cérebro dos magros, não se deixando comandar pela leptina, uma proteína produzida pelas células de gordura que sinaliza ser a hora de parar de comer. Embora prossiga nas pesquisas em busca de algo melhor, a indústria farmacêutica já oferece medicamentos capazes de provocar a procurada sensação de saciedade.

Por enquanto, a oferta de leitos para a gastroplastia ainda é tímida para uma demanda estimada em 500 mil pacientes com hiperobesidade no Brasil, quantidade pequena se comparada com a dos Estados Unidos, onde, segundo o Instituto Nacional de Saúde, 55% da população é atingida - cerca de 97 milhões de pessoas. Independentemente de

ameaça à saúde, a hiperobesidade traz inúmeros e insuportáveis desconfortos aos pacientes. O técnico em artes gráficas Helner Lopes da Rosa, 27 anos, que chegou a pesar 250 quilos, recorda ter atingido um ponto em que nem sequer encontrava camisetas para vestir. Tinha de recorrer às costureiras. Agora, estacionado nos 80 quilos graças à gastroplastia, não só pôde caprichar no visual como - e isso é o mais importante - recuperou a auto-estima e até se casou pela segunda vez. Ele continua complementando sua recuperação com exercícios físicos sob orientação médica. Faz 2 horas de natação por dia e ainda arruma tempo para um bate-bola, no caso basquete ou vôlei, ou uma caminhada. O cirurgião Pareja aproveita seu exemplo para lembrar que caminhada faz bem a todo mundo, especialmente a quem tem tendência a engordar. Para estes, recomenda, no mínimo, andar 3 quilômetros por dia.

Fonte: Revista Época