



Licenciatura em Ciências da Nutrição

A Cirurgia Bariátrica em Portugal

Artigo Científico Original Final

Elaborado por Eduardo Maria Fortunato de Almeida Tallon

Aluno nº 201492749

Orientador Externo: Mestre Isanete Alonso

Orientador Interno: Prof.^a Doutora Ana Valente

Barcarena

junho 2018

Licenciatura em Ciências da Nutrição

A Cirurgia Bariátrica em Portugal

Artigo Científico Original Final

Elaborado por Eduardo Tallon

Aluno nº 201492749

Orientador Externo: Mestre Isanete Alonso

Orientador Interno: Prof.^a Doutora Ana Valente

Barcarena

junho 2018

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste documento.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à Mestre Isanete Alonso, pelo empenho, orientação e acompanhamento ao longo deste estágio e na elaboração deste artigo.

À Prof.^a Doutora Ana Valente, pela disponibilidade que sempre demonstrou, em todas as ocasiões.

Às minhas amigas e colegas, Andreia Passos e Rita Inácio, por todo o carinho, tempo e paciência dedicado nos momentos mais complicados.

À minha turma, pela vasta contribuição em todo o meu percurso.

À minha namorada, Marta Pinto, que incansavelmente esteve sempre presente, em todas as noites de estudo e trabalho.

À minha família, por todo o apoio que me deu, durante todo o meu percurso académico.

Resumo

A obesidade é um problema de saúde pública que tem vindo a preocupar as mais diferentes entidades competentes ao longo dos últimos anos. Durante algum tempo, tentou-se resolver este problema com uma alimentação saudável e com a prática de exercício físico. Os resultados obtidos com este método em pacientes com Obesidade de Grau II e III demonstram ser pouco eficazes. A cirurgia bariátrica, tem evidenciado resultados muito positivos nestes pacientes. O objetivo do presente trabalho é informar o paciente obeso interessado em se submeter a uma cirurgia bariátrica, através de um guia que descreve e desmistifica alguns aspetos relacionados com esta temática. As informações foram recolhidas na Direção Geral da Saúde, consulta de sites de suplementos alimentares, entrevista à Presidente da Associação Portuguesa dos Bariáticos e a profissionais de saúde experientes na área e também por depoimentos recolhidos em pacientes de consulta bariátrica do Hospital St. Louis. A cirurgia bariátrica pode ser dispendiosa, sendo que, devem-se ponderar todos os gastos associados antes de tomar a decisão. A partilha de experiências por parte de outras pessoas que passaram por esta cirurgia é positiva e uma mais valia, pois pode fazer com que não sejam repetidos os mesmos erros. Para os profissionais de saúde terem sucesso no processo de reeducação alimentar, é importante existir assiduidade dos pacientes nas consultas programadas, para além disso, o apoio familiar é essencial e deve ser permanente ao longo de todo o processo.

Palavras-chave: Saúde pública, obesidade, cirurgia bariátrica, alimentação.

Abstract

Obesity is a public health problem that has come to concern the most different competent entities over the last few years. For some time, we tried to solve this problem with a healthy diet and the practice of physical exercise. The results obtained with this method in patients with Grade II and III of Obesity are not very effective. Bariatric surgery has shown very positive results in these patients. The objective of the present study is to inform obese patients interested in undergoing bariatric surgery, through a guide that describes and demystifies some aspects related to this topic. The information was collected at the *Direção Geral da Saúde*, consultation of food supplementation sites, interview with the President of the Portuguese Association of Bariatrics and health professionals experienced in the area and also by testimonials collected in bariatric patients from St. Louis Hospital. Bariatric surgery can be expensive, and you should weigh all the associated costs before making the decision. The sharing of experiences by other people who have undergone this surgery is positive and a plus because it can cause the same mistakes are not repeated. For health professionals to succeed in the process of food re-education, it is important to have patient attendance at the scheduled consultations, in addition, family support is essential and must be permanent throughout the process.

Key words: Public health, obesity, bariatric surgery, food.

Lista de abreviaturas e siglas

APOBARI – Associação Portuguesa de Bariátricos

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

SA – Sociedade Anónima

1. Introdução

A obesidade é provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos desta ocorrência em múmias egípcias e em esculturas gregas (Francischi et al., 2000) e está associada a numerosas comorbidades, como a Hipertensão Arterial (HTA), Hipertrigliceridemia (HTG), Hipercolesterolemia (HCL), Apneia do sono, Osteoporose, fígado gordo, incontinência urinária, refluxo intestinal, problemas psicológicos e psicossociais, diversos tipos de cancro, varizes, hérnias, hemorroidas, hiperuricemia, entre outras, que contribuem para a incapacidade e mortalidade precoce (World Health Organization, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a obesidade como a epidemia do século XXI. Em 2016, mais de 1.9 mil milhões de adultos, com mais de 18 anos, tinham excesso de peso, e 650 milhões eram obesos, o que equivale a 39 e 13%, respetivamente (11% homens e 15% mulheres). A prevalência mundial de obesidade, quase triplicou entre 1975 e 2016. Segundo a OMS e o critério do Índice de Massa Corporal (IMC), a sua classificação pode ser feita em três graus: I (IMC = 30,0 – 34,9 kg/m²), II (IMC = 35,0 – 39,9 kg/m²) e III (IMC ≥ 40,0 kg/m²) (World Health Organization, 2017).

A revisão sistemática com meta-análise de 57 estudos feita pela *Prospective Studies Collaboration* evidenciou que o aumento de 5 kg/m² de IMC está associado a um crescimento de 30% na mortalidade geral, 40% de origem cardiovascular, 60% devido a diabetes, doença renal e hepática, 10% a doença neoplásica e 20% a problemas respiratórios (PSC Prospective Studies Collaboration, 2009).

A cirurgia bariátrica consiste numa forma de tratamento na qual existe incisão ao nível do estômago, no caso da Gastrectomia Vertical ou Sleeve e no estômago e intestinos, no caso do Bypass Gástrico, com o objetivo de ajudar na redução do peso corporal. Os resultados são muito mais eficazes quando adotados estilos de vida mais saudáveis, como uma alimentação adequada e a prática de exercício físico. Esta cirurgia pode ser uma opção quando existe um grau de obesidade II com comorbidades associadas ou grau III (DGS, 2012), e depois de tentar perder peso utilizando outros métodos, como um estilo de vida saudável e/ou terapia medicamentosa, sem sucesso. Recomenda-se também a sua utilização quando existem patologias graves associadas, como a Diabetes mellitus tipo II ou a apneia do sono, relacionada com a obesidade (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Segundo Migrone, para um controlo a longo prazo, a cirurgia bariátrica é

mais eficaz para tratar pacientes obesos com Diabetes mellitus tipo II quando comparada com o tratamento médico convencional (Mingrone et al., 2015).

Sendo que cada vez mais, o número de pacientes que procuram a cirurgia bariátrica aumentam, é importante que estes consigam obter informação fidedigna sobre a mesma. De acordo com o conhecimento atual desconhece-se a existência de um guia que ajude os candidatos à cirurgia bariátrica a conhecer todo o processo e que possa disponibilizar conhecimento assertivo sobre esta temática em Portugal. Hoje em dia, a internet é utilizada para quase tudo, pela facilidade, acessibilidade e fascínio tecnológico. A sua utilização regular na tentativa de obter informação sobre todas as temáticas poderá originar a chamada desinformação. Existe assim, a necessidade de desmistificar várias situações no âmbito da temática cirurgia bariátrica e aumentar o conhecimento por parte dos candidatos a uma intervenção cirúrgica no tratamento da obesidade, bem como dos seus familiares. O objetivo do presente trabalho é informar o paciente obeso interessado em se submeter a uma cirurgia bariátrica, descrevendo e desmistificando alguns aspetos relacionados com esta temática. Considera-se que a presente proposta de guia poderá vir a ser muito útil no momento da tomada de decisão e no sucesso do tratamento destes pacientes.

2. Metodologia

Para a realização do presente trabalho foram utilizadas diversas fontes de informação em função dos diversos pontos apresentados nos resultados:

- ***"A identificação das Entidades que realizam a cirurgia bariátrica em Portugal"*** foi conseguida por consulta no site na Direção Geral da Saúde (DGS), dos Centros de Tratamento Cirúrgico que declararam cumprir os requisitos da norma nº06/2015, de 8 de abril, Gestão Integrada da Obesidade (Direção Geral da Saúde, 2018);
- ***"A informação sobre os Tipos de cirurgia e procedimentos não cirúrgicos para pacientes bariátricos"*** foi obtida por consulta no site da DGS (Direção Geral da Saúde, 2018);
- ***"Tipos de cirurgia bariátrica que se realizam em Portugal"*** foram descritos com base no site da DGS (Direção Geral da Saúde, 2018);
- ***"Custos reais para o paciente bariátrico"*** foram determinados após consulta telefónica e presencial do preçário das diferentes entidades do setor privado, consulta

de *sites* das diferentes marcas de suplementos para pacientes bariátricos (FitForMe[®], BariátricInspire[®] e Barovit[®]) e consulta no *site* no Infarmed;

- ***"O tempo de espera médio para a cirurgia bariátrica pelo Sistema Nacional de Saúde"*** foi obtido por consulta telefónica da DGS ([Direção Geral da Saúde, 2018](#));
- Para obter informação sobre ***"Suplementação utilizada em Portugal"*** foram consultados *sites* das diferentes marcas de suplementos para pacientes bariátricos (FitForMe[®], BariátricInspire[®] e Barovit[®]);
- ***A informação sobre os "Apoios não cirúrgicos existentes para os pacientes bariátricos"*** foi conseguida pela entrevista realizada à Presidente da Associação Portuguesa dos Bariátricos (APOBARI), aplicando um questionário com 21 questões sobre a cirurgia bariátrica;
- A consulta da base de dados online Doctoralia permitiu obter informação sobre ***"A realidade espanhola no âmbito da cirurgia bariátrica"*** ([Doctoralia, 2018](#));
- Em relação aos tópicos ***"Razões pelas quais os pacientes optam pela cirurgia bariátrica"***, aos ***"Pacientes que optam pela cirurgia por necessidade e por conveniência"*** e aos ***"Mitos e realidades"***, os dados foram obtidos pela entrevista à Presidente da Associação Portuguesa dos Bariátricos (APOBARI), descrita anteriormente. Foram também realizadas entrevistas a profissionais de saúde com experiência no tratamento de pacientes bariátricos e depoimentos recolhidos a pacientes bariátricos em consulta de nutrição no Hospital St. Louis, sendo que alguns eram provenientes de outros hospitais;
- Para a obtenção dos dados sobre ***"Pacientes que recuperam peso após a cirurgia"*** foi utilizada a mesma entrevista (descrita anteriormente) sobre a cirurgia bariátrica realizada à Presidente da APOBARI e entrevistas a profissionais de saúde com experiência no tratamento de pacientes bariátricos;
- A informação sobre o ***"Síndrome de Dumping"*** foi conseguida pela realização de entrevistas a profissionais de saúde com experiência no tratamento de pacientes bariátricos;
- Os dados de como é a ***"Alimentação após cirurgia"*** foram conseguidos pela realização de entrevistas a profissionais de saúde com experiência no tratamento de pacientes bariátricos e por consulta do *site* da DGS ([Direção Geral da Saúde, 2018](#)).

3. Resultados

3.1 Entidades que realizam a cirurgia bariátrica em Portugal

Atualmente existem 18 Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade que declararam cumprir os requisitos para realizar a cirurgia bariátrica. Estes dividem-se em unidades do Serviço Nacional de Saúde, e em unidades do Setor Privado e Setor Social ([Direção Geral da Saúde, 2018](#)).

Nas unidades do Serviço Nacional de Saúde:

- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Entidade Pública Empresarial (EPE);
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE;
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE;
- Centro Hospitalar do Porto, EPE;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE;
- Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE;
- Hospital de Braga, EPE;

Nas unidades do Setor Privado e Setor Social:

- Casa de Saúde de Guimarães, Sociedade Anónima (SA);
- Hospital da Arrábida – Gaia, SA;
- Hospital da Prelada Dr. Domingos Braga da Cruz;
- Hospital dos Lusíadas – Lisboa;
- Hospital Privado de Gaia;
- Hospital St. Louis;
- Lasercenter, Prestação de Serviços Médicos, Sociedade Limitada (LDA);
- SANFIL – Casa de Saúde de Santa Filomena, SA.

Existe ainda um Centro de Elevada Diferenciação do Tratamento Cirúrgico de Obesidade, que é o Centro Hospitalar de S. João, no Porto.

3.2. Tipos de cirurgia e procedimentos não cirúrgicos para pacientes bariátricos:

a) Balão Intragástrico

Este procedimento não cirúrgico consiste na colocação de um balão dentro do estômago (**Fig. 1**), com o objetivo de reduzir a quantidade de comida ingerida. Devido ao balão ser de silicone, é necessária a sua substituição a cada 6 meses, por ser sensível ao conteúdo gástrico (**Sousa, 2013**). Para pacientes com o estômago muito grande, utiliza-se também o Duplo Balão Intragástrico, que consiste na colocação de dois balões (**Obesidad Lopez Nava, 2018**).



Figura 1. Balão Intragástrico.

b) Banda Gástrica

Esta cirurgia consiste na colocação de um anel ou banda ajustável, na parte superior do estômago (**Fig. 2**), isto vai também limitar a quantidade de alimentos que cada paciente pode ingerir (**Sousa, 2013**). Hoje em dia é menos utilizada, pois funciona por estrangulação, e isto leva conseqüentemente à dilatação do esôfago e problemas associados à mesma.

c) Gastrectomia Vertical ou Sleeve

Nesta cirurgia a maior parte do estômago é retirada (**Fig. 3**), inclusive a zona responsável pela produção de hormonas responsáveis pela fome, como a grelina. Esta cirurgia é uma das mais utilizadas (**National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney, 2011**).

Uma outra forma de fazer esta cirurgia é pelo método Apollo, que consiste numa intervenção endoscópica e não numa cirurgia. Através deste método, as suturas na cavidade interna do estômago são feitas pela introdução de um endoscópio pela boca do paciente, esta é realizada em poucos minutos, e não tem a necessidade de internamento (**Obesidad Lopez Nava, 2018**).

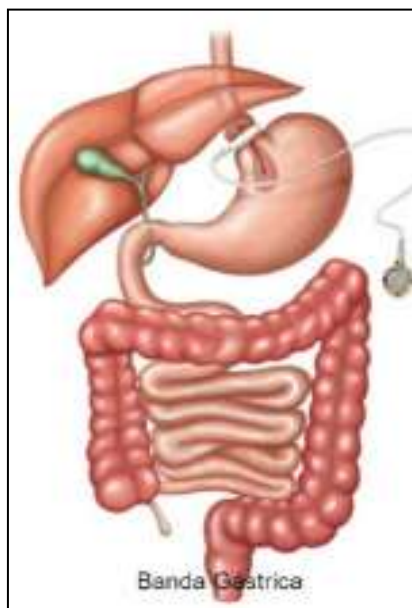


Figura 2. Banda Gástrica.

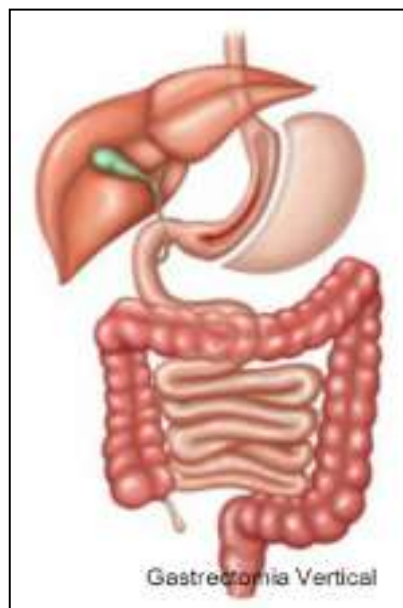


Figura 3. Gastrectomia Vertical.

d) Bypass Gástrico em Y de Roux

Esta cirurgia é o método de eleição entre as várias existentes, já que é uma técnica mista, que utiliza a restrição gástrica e malabsorção. O tamanho do estômago é reduzido, e depois é feita uma passagem direta para o intestino. Forma-se assim um Y de Roux (**Fig. 4**), em que a parte remanescente do estômago, parte do intestino delgado, duodeno e jejuno ficam de fora do trânsito alimentar. À semelhança do Sleeve, esta cirurgia é uma das mais utilizadas. Uma variação desta técnica é o Mini Bypass, que em vez de duas anastomoses, utiliza apenas uma ([Sousa, 2013](#)).

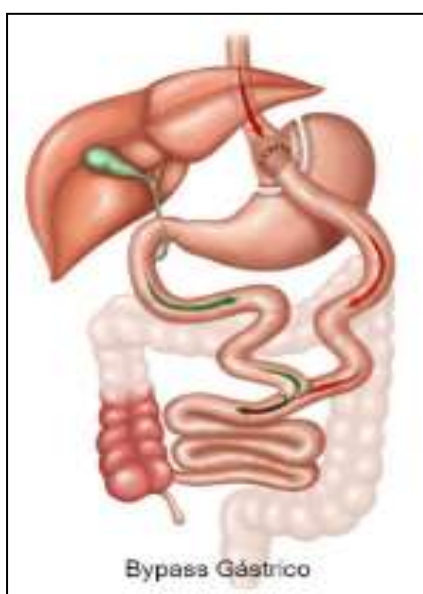


Figura 4. Bypass Gástrico em Y de Roux.

e) Derivação Biliopancreática

Esta é uma técnica de malabsorção e inclui a remoção de grande parte do estômago (**Fig. 5**). Este procedimento leva a que o paciente tenha uma sensação de saciedade mais rapidamente, o que posteriormente conduz a uma menor ingestão de alimentos. Outra vantagem nesta cirurgia é o encaminhamento dos alimentos para fora do intestino delgado, o que condiciona a absorção dos mesmos. Dentro desta, existem duas técnicas, a de Scopinaro e a de Swich de Hess e Marceau ([National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2011](#)). Não é muito utilizada pelos efeitos secundários que causa, pois é muito radical. No caso da técnica de Scopinaro existem diarreias frequentes, Síndrome de Dumping elevado e hipoproteinémia. Na técnica de Hess e Marceau a diarreia é menos frequente que na anterior, mas a desnutrição, hipoproteinémia, úlceras, Síndrome de Dumping, hemorroidas, oclusão intestinal, cegueira noturna pela falta de vitamina A e desmineralização óssea são frequentes. Nesta cirurgia apenas 50 a 100 cm de intestino delgado participam no trânsito alimentar, logo é utilizada em pacientes obesos com IMC superior a 50 e com difícil controlo da Diabetes mellitus tipo II ([Topart & Becouarn, 2017](#)).

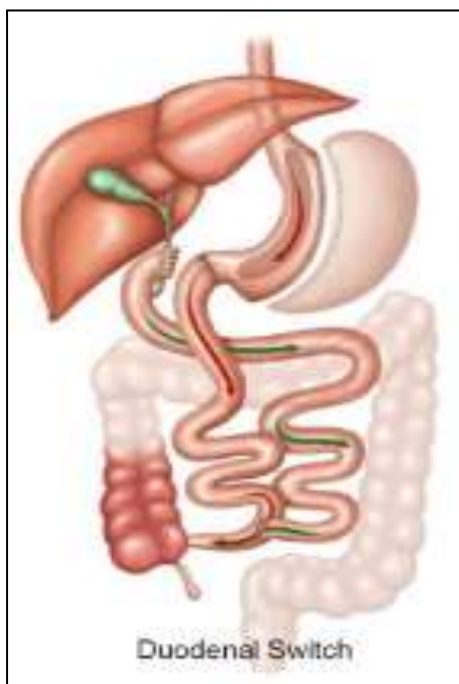


Figura 5. Derivação Biliopancreática.

f) Auto Balão de Allurion

O Auto Balão de Allurion é um novo tratamento não cirúrgico lançado em junho de 2017, que consiste num balão gástrico que não requer cirurgia. A cápsula (modelo Eclipse™) é engolida

com um copo de água, uma vez que chega ao estômago, é insuflada com um gás (**Fig. 6**). Quatro a cinco meses depois, o balão abre-se, eliminando o líquido alojado no interior e é expelido naturalmente na evacuação sem endoscopia (**Obesidad Lopez Nava, 2018**).



Figura 6. Auto Balão de Allurion.

3.3. Tipos de cirurgia bariátrica que se realizam em Portugal

Em Portugal, realizam-se as seguintes cirurgias: Balão Intragástrico; Banda Gástrica; Bypass Gástrico; Gastrectomia Vertical; Gastrectomia Vertical pelo método Apollo; Derivação Biliopancreática. Atualmente as mais utilizadas são o Bypass Gástrico e a Gastrectomia Vertical.

3.4. Custos reais para o paciente bariátrico

Em primeiro lugar, é importante referir que os custos reais para o paciente bariátrico tratado num dos CTO do setor privado incluem várias componentes, sendo elas: a cirurgia; as consultas de endocrinologia; consultas de nutrição; consultas de psicologia; consultas de psiquiatria; exames associados (ex. endoscopia, ecografia abdominal, radiografia ao tórax, eletrocardiograma e análises bioquímicas); suplementação obrigatória; medicação obrigatória.

Na **Tabela 1** são apresentados os custos mínimos, médios e máximos no tratamento cirúrgico da obesidade em Portugal.

Tabela 1. Custos associados ao tratamento cirúrgico da obesidade em Portugal.

Custos	Mínimo (€)	Médio (€)	Máximo (€)
Consulta de Cirurgia	60	70	80
Cirurgia ¹	8.750	12.000	20.000
Endocrinologia ²	60	70	80
Nutrição ²	50	55	60
Psicologia ²	50	55	60
Psiquiatria ²	60	70	80
Exames Associados ³	325	425,9	541,5
Suplementação ⁴	15	21,16	29,49
Medicação ⁵	5,05	11,43	24,49

1) Preço da cirurgia nas diferentes entidades do setor privado⁶;

2) Preço tabelado sem coparticipação ou preços praticados individualmente pelos planos de saúde⁶;

3) Preço de Endoscopia, ecografia abdominal, radiografia ao tórax, eletrocardiograma e análises clínicas, nas diferentes unidades do setor privados⁶;

4) Preço mensal médio de todos os suplementos utilizados no mercado, divididos pelo número de unidades a tomar por dia e multiplicados por 30 dias;

5) Preço mensal para Omeprazol 20 mg, embalagem de 14 unidades, tendo sido comparados os preços de 30 marcas ou laboratórios presentes no Infarmed;

6) Preços obtidos telefonicamente e correspondentes às 8 entidades do setor privado, em junho de 2018.

Um paciente que opte por fazer a cirurgia, sem qualquer tipo de comparticipação, irá gastar em média 70€ na consulta com o cirurgião, 12.000€ na cirurgia e os seus gastos associados, 55€ em cada consulta de nutrição e psicologia, 70€ em cada consulta de endocrinologia, psiquiatria e com o cirurgião, e 425,9€ nos exames associados à cirurgia. A estas despesas deverá juntar 21,16€ mensalmente em suplementação e 11,43€ em medicação.

A despesa anual rondará em média os 14.178,68 € no primeiro ano, com a cirurgia, exames associados, ou seja, duas ecografias, duas endoscopias, um eletrocardiograma, uma radiografia ao tórax, análises clínicas e quatro consultas com o cirurgião, cinco de nutrição, três de psicologia, três de endocrinologia e duas de psiquiatria. Tendo também em conta a suplementação e a medicação. Na eventualidade de o paciente ter um seguro de saúde, as consultas e exames médicos terão em média 50% de desconto. Todas as outras despesas, como a cirurgia, a suplementação e a medicação não têm comparticipação. Nos seguintes anos, o custo será o mesmo, retirando o valor da cirurgia.

O pacote da cirurgia nas diferentes entidades apenas inclui os gastos diretamente relacionados com a mesma, ou seja, cirurgia, anestesia e internamento. Todas as outras consultas, exames ou despesas associadas serão cobradas à parte.

3.5. O tempo de espera para a cirurgia bariátrica pelo Sistema Nacional de Saúde

O tempo de espera médio para fazer a cirurgia bariátrica pelo Sistema Nacional de Saúde é de dois anos. Sendo que, o tempo mínimo verificado foi de um ano e meio e o máximo de três. Não obstante, após 6 meses e 23 dias da aprovação por parte do cirurgião, o paciente pode pedir um vale para fazer a cirurgia num centro do Setor Privado de acordo com o protocolo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, Portaria n.º 271/2012. D.R. n.º 171, Série I de 2012-09-04 ([Sistema Nacional de Saúde, 2018](#)). Esta condição apenas se aplica para o Bypass.

3.6. Suplementação utilizada em Portugal

Atualmente em Portugal, a suplementação mais utilizada pertence a três marcas: FitForMe, BariatricInspire e Barovit. A FitForMe tem quatro gamas de produtos, o WLS Forte (Bypass), o WLS Optimum (Sleeve), o WLS Maximum (Derivação biliopancreática) e o WLS Primo (Mini-bypass). Dentro desta, existe a opção de ser mastigável ou em comprimidos ([FitForMe, 2018](#)). A BariatricInspire, divide-se em duas gamas, Bariatric (mastigáveis) e Bariatric Plus (comprimidos) ([BariatricInspire, 2018](#)). A Barovit, divide-se em duas gamas, Barovit Bypass e Barovit Sleeve. Sendo que também conta com uma gama adicional chamada CPU (cabelo, pele e unhas), com o objetivo de melhorar os efeitos nestes tecidos após a cirurgia ([Barovit, 2017](#)). A aceitação por parte dos pacientes não se especifica a nenhuma marca, as três a cima apresentam excelentes resultados e a escolha, vai depender do gosto de cada paciente. No primeiro mês após a cirurgia, é importante que os pacientes tomem estes suplementos da forma mastigável, pois o estômago ainda se encontra em processo de cicatrização, e os comprimidos podem causar desconforto. Na recolha de informação, a mais de cem pacientes bariátricos, no âmbito das consultas de nutrição do Hospital St. Louis, pudemos constatar que 37% das pessoas preferem a FitForMe, 33% a BariatricInspire e 30% a Barovit. O que representa uma semelhança nas preferências.

3.7. Apoios não cirúrgicos existentes para os pacientes bariátricos

Em Portugal existem duas entidades que prestam apoio aos pacientes bariátricos, sendo estas a APOBARI e a Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal.

Na APOBARI os seus associados têm em média 19% de desconto na suplementação, e uma percentagem variável de desconto na cirurgia em alguns CTO. Para além dos descontos, a APOBARI também presta apoio social, pois por vezes a família dos pacientes não apoia esta

decisão. O seu objetivo é esclarecer dúvidas no âmbito não médico a estes pacientes, durante todo o processo do pré- e pós-cirúrgico ([APOBARI, 2018](#)).

A Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal tem como objetivo: a) continuar os trabalhos de implementação das regras aplicáveis às consultas de obesidade; b) manter a pressão para que se fiscalizem, de acordo com as Circulares de Saúde emitidas, os CTO autorizados e contratados; c) continuar o processo de apoio ao doente; d) continuar o processo de sensibilização pública e em especial ao nível escolar; e) manter o trabalho com o Conselho Europeu de Doentes em conjunto com as 16 Associações de Doentes existentes na Europa; f) criar novos núcleos de doentes que estejam dispostos a trabalhar nas suas áreas de influência; entre outros ([ADEXO, 2018](#)).

3.8. A realidade espanhola no âmbito da cirurgia bariátrica

3.8.1. Entidades que realizam a cirurgia bariátrica em Espanha

De acordo com a base de dados médica espanhola conhecida como Doctoralia, existem 17 centros médicos especialistas em cirurgia bariátrica para a obesidade mórbida e contam com 132 profissionais especializados nesta área ([Doctoralia, 2018](#)).

Os centros médicos especializados são os seguintes:

- Clínica ServiDigest – Balmes 334;
- Complejo Hospitalario Integral Privado – CHIP;
- Digestivo Médico Quirúrgica;
- Clínica ServiDigest – Balmes 271;
- Instituto Onubense de Cirujanos (IOCIR);
- Ucom, Unidad de Cirugía DR. Pujol Rafolls;
- Hospital Polusa (Policlínico Lucense);
- Quirúrgica Cirujanos Asociados;
- Cirugía y Digestivo, SL;
- Centro Integral de Nutrición Islas Baleares;
- Clínica de Coloproctología;
- Servicio Médico Quirúrgico de Madrid;
- Clínica Serralta;
- Uceme;
- Instituto Médico Europeo de la Obesidad;

- Instituto de Cirugía Rull;
- Salus Medical Clínic.

3.8.2. Tipos de cirurgia bariátrica que se realizam em Espanha

Em Espanha, realizam-se as seguintes cirurgias: Balão Intragástrico; Duplo Balão Intragástrico; Auto Balão Allurion; Bypass Gástrico; Gastrectomia Vertical; Gastrectomia Vertical pelo método Apollo. Atualmente e à semelhança de Portugal, as mais utilizadas são as técnicas do Bypass Gástrico e a Gastrectomia Vertical.

3.9. Razões pelas quais os pacientes optam pela cirurgia bariátrica

Um dos motivos pelos quais os pacientes optam por fazer esta cirurgia é a sua saúde e mais especificamente pelos filhos. A recolha de informação, a mais de cem pacientes bariátricos, no âmbito das consultas de nutrição do Hospital St. Louis, demonstrou que a maior parte destes queriam perder peso pelos filhos, para passar mais tempo, brincar mais e viver mais com eles. Para além disto, os problemas de saúde associados, desconforto físico, falta de mobilidade, medo de morrer e problemas psicológicos, foram todos pontos assinalados. Outro motivo de referência distinto entre géneros é, no caso das mulheres, o desejo de ser mãe e, no caso dos homens, o aspeto sexual.

Após a cirurgia existem muitos divórcios. A justificação por parte das mulheres é que, antes da cirurgia eram “gordinhas”, sentindo vergonha delas próprias, o que as fazia sair pouco de casa, isolando-se. Após a cirurgia, a autoestima aumenta, sentem-se confiantes e seguras da sua nova imagem. Depois disto começam a sentir vontade de sair de casa, conhecer novas pessoas. Consequentemente, começam a ter atenção por parte dos homens, o que as faz sentir importantes e desejadas. Isto faz com que achem que merecem ser felizes, levando ao divórcio ou à procura de novos relacionamentos. No caso dos homens, o facto de terem excesso de peso, faz com que tenham uma pior “performance” sexual, sendo, no entanto, tolerado pela mulher, que se acomoda a esta situação. Após a cirurgia, sentem-se bem com o seu corpo, o que leva a um aumento do desejo sexual e na respetiva “performance”. Esta mudança nem sempre é acompanhada pela mulher e isto faz com que, tal como no exemplo anterior, se divorciem ou procurem novos relacionamentos.

3.10. Pacientes que optam pela cirurgia por necessidade e por conveniência

Segundo os dados recolhidos, seja em âmbito de consulta de nutrição no Hospital St. Louis ou em pacientes acompanhados pela APOBARI, 95% optam pela cirurgia por necessidade, ou seja, por serem obesos de Grau II ou III e por terem comorbilidades associadas. Apenas os restantes, ou seja, 5%, optam pela cirurgia por conveniência, e justificam essa decisão dizendo que assim será mais fácil perder o peso desejado. Nesta percentagem, também entram pessoas que fizeram várias dietas de forma repetitiva sem sucesso e com valores de IMC entre 35 e 40 kg/m².

3.11. Pacientes que recuperam peso após a cirurgia

Os dados recolhidos, em consulta de nutrição, a pacientes bariátricos no Hospital St. Louis e a pacientes acompanhados pela APOBARI, apontam para que, a nível global, metade destes voltem a engordar parcialmente a partir do terceiro ano e apenas 5% retoma ao patamar inicial.

Em Portugal, apesar da cirurgia bariátrica estar disponível há mais de vinte anos, existem poucos dados reunidos sobre este tema. A situação mais comum nestes pacientes é recuperarem apenas 5% do seu peso nos primeiros 3 anos. Os motivos pelos quais os pacientes voltam a ganhar peso diferem, mas essencialmente isto acontece porque as pessoas não mudam os hábitos de vida. A cirurgia é um ponto de partida e o seu sucesso, depende inteiramente da pessoa operada. Outro motivo importante é a falta de acompanhamento. Por vezes o ganho de peso acontece por culpa do paciente, que depois de emagrecer, deixa de querer ser acompanhado. Noutros casos, como por exemplo, no Sistema Nacional de Saúde, as limitações económicas são o fator limitante, já que o vale cirúrgico, entregue pelo estado a estes pacientes, inclui apenas duas consultas de nutrição por ano, e isto vai limitar a oportunidade do profissional de saúde em reeducar o paciente.

3.12. Mitos e realidades

3.12.1. Método contraceutivo

O método contraceutivo mais utilizado em Portugal é a pílula ([Direção Geral da Saúde, 2018](#)) e é importante referir que as mulheres bariátricas devem optar por outro, pois nestas, a pílula deixa de fazer efeito, tanto como regulador hormonal, como anticoncepcional, devido à diminuição da absorção no trato gastrointestinal ([Luyssen et al., 2017](#)).

3.12.2. Tabaco

Em Portugal, 20% da população com idade superior a 15 anos é fumadora (EUROSTAT, 2016) e isto faz com que uma percentagem importante de pacientes bariátricos também o sejam. Estes pacientes passam por um processo inflamatório e de cicatrização no estômago, e devem ficar alguns dias sem fumar antes e após a cirurgia. De acordo com pesquisas realizadas, o tabagismo acarreta complicações após a cirurgia bariátrica, como úlceras nas bordas cirúrgicas e o desenvolvimento de estreitamentos (Galvão, 2016). A nicotina, composto ativo do tabaco, prejudica a cicatrização da pele e pode levar a infeções, além de aumentar a acidez no estômago, o que pode causar gastrite e aparecimento de úlceras (Galvão, 2016).

3.12.3. Alimentos proibidos

À exceção das bebidas gaseificadas, pela expansão do gás no estômago, e o açúcar, ou alimentos ricos nele, pelo Síndrome de Dumping associado, no caso do Bypass, nenhum alimento em específico, causa mau estar ou indigestão. Alimentos como a carne de porco, bacalhau, arroz e massa são rejeitados por muitos pacientes, mas isto não quer dizer que à partida os pacientes sujeitos a cirurgia bariátrica não os devam consumir, pois cada corpo é único. O segredo de poder comer todos alimentos, consiste numa boa mastigação dos mesmos e em comer devagar. Em alguns casos pode ser necessário o uso de enzimas digestivas para melhorar o padrão alimentar.

3.12. Síndrome de Dumping

O Síndrome de Dumping ocorre devido à passagem muito rápida dos alimentos do estômago para o intestino e é muito comum em pacientes bariátricos. Os seus efeitos estão geralmente causados por alimentos ricos em açúcar, como doces, ou pela ingestão de elevadas quantidades de comida. Os seus sintomas iniciais incluem sensação de peso na barriga, náuseas e vômitos. Os intermédios incluem abdómen dilatado, gases, dor abdominal, cólicas e diarreia. Os tardios incluem suores, ansiedade, fraqueza, tontura e tremores. Os sintomas tardios ocorrem porque o intestino não suporta a presença de açúcar, logo existe uma grande libertação de insulina e isto causa uma hipoglicémia (Di Vetta, Heller, Pralong & Favre, 2017).

Após a cirurgia bariátrica, os pacientes devem evitar o consumo de bebidas alcoólicas, pois estas podem prejudicar as mucosas do estômago e do intestino e com isto, reduzir a absorção de alguns nutrientes (Galvão, 2016). No caso do Bypass Gástrico, a absorção do álcool é mais rápida, o que irá acelerar a embriaguez, mesmo com quantidades pequenas. Para além disto, o álcool poderá causar Síndrome de Dumping (Galvão, 2016).

Os pacientes que são submetidos a uma cirurgia bariátrica apresentam maior risco de desenvolver défices nutricionais, pela limitação na ingestão e absorção dos diferentes nutrientes (Bordalo, Teixeira, Bressan & Mourão, 2011). Para combater estes défices os pacientes devem utilizar suplementação específica para pacientes bariátricos. Suplementos multivitamínicos comuns não serão eficazes nestes casos. Importante também referir, que estes pacientes devem cumprir a toma de suplementação de forma permanente.

3.13. Alimentação após cirurgia

Após a cirurgia o paciente deve respeitar as fases da alimentação, pois tal como numa dieta comum, não há atalhos. Estas fases dividem-se geralmente em quatro, sendo elas a líquida (ex. caldo de canja sem gordura), pastosa (ex. fruta cozida ou em puré), mole 1 (ex. carne desfiada e legumes bem cozidos) e mole 2 (ex. alimentação saudável sem limitações na consistência dos alimentos). Cada uma delas está pensada de acordo com a fase do processo de recuperação e com o objetivo de auxiliar o mesmo. O tempo médio de cada fase é de duas a três semanas, mas isto vai também depender de cada paciente e deve ser orientado pelo nutricionista que o acompanha (DGS, 2012).

Conclusão

A obesidade foi considerada pela OMS a epidemia do séc. XXI e um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Atualmente, existem soluções – cirurgia bariátrica – até para as condições mais graves, sendo as mais utilizadas o Bypass Gástrico e a Gastrectomia Vertical. A opção pela técnica bariátrica a realizar, deve ser tomada em conjunto com o médico, e tendo em conta a situação de cada paciente.

A cirurgia bariátrica pode ser dispendiosa, sendo que, devem-se ponderar todos os gastos associados antes de fazer a mesma. Com isto, evitam-se erros durante todo o processo, como por exemplo, não tomar a suplementação obrigatória ou não comparecer às consultas de seguimento no calendário estipulado.

Para que os profissionais de saúde tenham sucesso no processo de reeducação alimentar, é importante que haja assiduidade por parte do paciente em todas as consultas programadas, mais especificamente, nas de nutrição e psicologia, sendo estas duas áreas, o foco essencial para uma mudança permanente no estilo de vida.

O apoio familiar é essencial ao longo deste processo, já que este deve ser encarado como algo permanente, e nunca temporário.

A partilha de experiências por parte de outras pessoas que passaram por esta cirurgia é positiva e uma mais valia, pois pode fazer com que não sejam repetidos os mesmos erros. Não obstante, devemos saber filtrar a informação obtida, já que informações menos assertivas podem gerar algum conflito desnecessário. Na dúvida, o mais certo será sempre consultar um profissional de saúde, já que cada pessoa é uma pessoa e não somos todos iguais.

Referências Bibliográficas

- ADEXO. (2018). *Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal*. Disponível em: <http://www.adexo.pt/sobrenos/objectivos>.
- APOBARI. (2018). *Associação Portuguesa dos Bariátricos*. Disponível em: <http://apobari.pt>.
- BariatricInspire. (2018). Disponível em: <https://www.vitamininspire.com/>.
- Barovit. (2017). Disponível em: <http://www.barovit.net/>.
- Bordalo, L. A., Teixeira, T. F., Bressan, J., & Mourão, D. M. (2011). Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 113-120.
- Di Vetta, V., Heller, A., Pralong, F., & Favre, L. (2017). Multidisciplinary management of dumping syndromes after bariatric surgery. *Revue medicale suisse*, 13(555), 655-658.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientação da Direção Geral da Saúde. Boas práticas na abordagem do doente com obesidade elegível para cirurgia bariátrica. Número 028/2012.
- Direção Geral da Saúde. (2018). Disponível em: www.dgs.pt.
- Doctoralia. (2018). Disponível em: <https://www.doctoralia.es/pruebamedica/cirugia+bariatrica+por+obesidad+morbida-19583>.
- EUROSTAT (2017). 1 in every 4 persons aged 15 or over in the European Union is a smoker and 1 in 5 confronted by passive smoking. Obtido de Eurostat newsrelease. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7762296/3-07122016-AP-EN.pdf/e6cf7fd2-06a5-45ba-8385-991bccef54fd>.
- FitForMe. (2018). Disponível em: <https://www.fitforme.pt/>.
- Francischi, Rachel Pamfilio Prado de, Pereira, Luciana Oquendo, Freitas, Camila Sanchez, Klopfer, Mariana, Santos, Rogério Camargo, Vieira, Patrícia, & Lancha Júnior, Antônio Herbert. (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13(1), 17-28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732000000100003>.
- Galvão, T. D. (2016). Dr. Thales Delmondes Galvão. Disponível em: <http://drthalesdelmondes.com.br/consumo-de-bebida-alcoolica-apos-a-cirurgia-bariatrica/>
- Galvão, T. D. (2016). Dr. Thales Delmondes Galvão. Disponível em: <http://drthalesdelmondes.com.br/o-cigarro-e-a-cirurgia-bariatrica/>.

- Luysen, J., Jans, G., Bogaerts, A., Ceulemans, D., Matthys, C., Van der Schueren, B., & Shawe, J. (2017). Contraception, Menstruation, and Sexuality after Bariatric Surgery: a Prospective Cohort Study. *Obesity surgery*, 1-9.
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G., & Rubino, F. (2015). Bariatric–metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9997), 964-973.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2011). Bariatric Surgery for Severe Obesity - Weight-control Information Network. Obtido de U.S. Department of Health and Human Services, 1-3.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (01 de 07 de 2016). *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. Obtido de National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponível em: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/bariatric-surgery/definition-facts>.
- Obesidad Lopez Nava*. (2018). Disponível em: <https://www.obesidadlopeznava.com/>.
- Prospective Studies Collaboration. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083-1096.
- Sistema Nacional de Saúde*. (2018). Disponível em: Administração Central do Sistema de Saúde, IP: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoContratualiza%C3%A7%C3%A3o/SIGIC/tabid/262/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Sousa, A. F. M. D. (2013). *Cirurgia bariátrica* (Bachelor's thesis, [sn]).
- Topart, P., & Becouarn, G. (2017). The single anastomosis duodenal switch modifications: a review of the current literature on outcomes. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(8), 1306-1312.
- World Health Organization. (2017). *World Health Organization*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

ANEXO I

(Questionário aplicado por entrevista à Presidente
da Associação Portuguesa dos Bariátricos)

Questionário sobre a cirurgia bariátrica realizada

- 1) Que entidades que realizam a cirurgia bariátrica em Portugal?
- 2) Que tipos de cirurgia e procedimentos não cirúrgicos para pacientes bariátricos?
- 3) Que tipos de cirurgia bariátrica que se realizam em Portugal?
- 4) Quais os custos reais para o paciente bariátrico?
- 5) O que inclui o pacote cirurgia feito nas diferentes entidades?
- 6) Qual o tempo de espera para a cirurgia bariátrica pelo Sistema Nacional de Saúde?
- 7) Que suplementação é utilizada em Portugal?
- 8) Existem apoios não cirúrgicos para estes pacientes em Portugal?
- 9) Em Espanha, que entidades realizam esta cirurgia?
- 10) Que tipos de cirurgia se realizam em Espanha?
- 11) Que razões levam os pacientes a optarem pela cirurgia bariátrica?
- 12) Quais os motivos mais destacados por estes pacientes?
- 13) Qual a taxa real de pacientes que optam pela cirurgia por necessidade ou por conveniência?
- 14) Que percentagem de pacientes recuperam peso após a cirurgia bariátrica?
- 15) Quais os mitos mais acreditados pela comunidade bariátrica?
- 16) Quais os erros mais frequentes nestes pacientes?
- 17) Que percentagem de pacientes sofre de Síndrome de Dumping?
- 18) Quais destes pacientes sofrem deste Síndrome e são conscientes que erram nas decisões?
- 19) Quais os alimentos que causam mais problemas a estes pacientes?
- 20) Que fontes da Direção Geral da Saúde regulam esta área?
- 21) Que recomendações sugere a este artigo?

Nota: As 21 questões descritas em cima foram aplicadas por entrevista à Presidente da Associação Portuguesa dos Bariátricos (APOBARI)