



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 4 • Março 2008

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Cirurgia bariátrica

Isabel do Carmo¹, Maria João Fagundes², José Camolas³

¹ Endocrinologista, Professora da Faculdade de Medicina,
Directora do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santa Maria (HSM)

² Psicóloga clínica, responsável de avaliação psicológica na consulta de obesidade do HSM

³ Nutricionista, Técnico Superior da Consulta de Obesidade no HSM

Para algum observador externo poderá parecer paradoxal, ou mesmo bizarro, que em metade do mundo cerca 700 milhões padeçam de fome e que na outra metade do mundo se tenha que “afunilar” o estômago para que não entrem mais alimentos. E no entanto, não é assim tão estranho. Segundo a Organização Mundial de Saúde, na metade do mundo que vive em estado de insuficiência proteico-calórica, à medida que houver disponibilidade de alimentos, os indivíduos entrarão directamente (alguns já estão a entrar) na obesidade e dentro desta uma parte terá obesidade grave ou mórbida. As razões para esta mudança directa de um estado para o outro são a selecção genética da resistência à fome, os baixos custos da disponibilidade alimentar hipercalórica e os custos altos da alimentação menos calórica e com maior valor nutricional. Como exemplo pode-se observar o que se passa na Índia, onde na região de Nova Deli no Norte da Índia, as mulheres da zona urbana tem 16,4 % de obesidade (um pouco superior à nossa) e as da zona rural têm 2,2 % (1). As determinantes sociais são bem patentes nos EUA onde na avaliação do NHANES de 2003-2004 (2) a obesidade grau III tem uma prevalência de 2,8% entre os brancos não-hispânicos na população dos 18 aos 64 anos e de 6,9 nas mulheres do mesmo grupo, sendo de 5,4% entre os homens afro-americanos. Quanto a nós, temos 0,6% de obesidade grau III (0,8 nas mulheres e 0,2 nos homens), num conjunto de 14,2% de obesidade, a qual se agrava sucessivamente à medida que se desce na escala social (3,4). E apesar da nossa prevalência ser pequena comparada com a de outros países,

como os EUA, é suficientemente grande para se calcular cerca de 32.000 grandes obesos em Portugal em idade adulta. Deverá ainda ser adicionada a população com obesidade grau II com doenças associadas.

Esta população de grandes obesos tem provavelmente um forte factor genético. Esta afirmação pode-se basear em três razões: 1. Estando inseridos num conjunto populacional sujeito às mesmas condições de mudanças alimentares e sedentarismo, destacam-se no desenvolvimento duma obesidade grave, enquanto que os restantes se distribuem por graus mais moderados. 2. Na anamnese é quase constante o relato duma obesidade que vem desde a pequena infância. 3. São frequentes os casos de famílias de grandes obesos. Pensa-se hoje que são poucos os casos de defeitos genéticos que se reduzem a uma determinante, como é o caso da leptina, mas que há uma situação (ou terreno) poligénico que determina a gravidade dos casos, após a exposição aos factores alimentares e ao sedentarismo (5).

PATOLOGIA ASSOCIADA

Na obesidade mórbida, ou grave ou grau III, acenam-se todos os riscos que se apontam para a obesidade em geral. Ou seja: riscos cardiovasculares, probabilidade de ocorrência de diabetes tipo 2, probabilidade acrescida de certos cancros, doenças osteoarticulares, perturbação do sono e problemas psicológicos e psico-sociais. O risco relativo de morte calculado aos 50 anos para homens e mulheres com $IMC \geq 40$ não fumadores é respectivamente de 3,82 e 3,79 (6) e para



os jovens grandes obesos o risco é 12 vezes superior aos de peso normal(7,8). E, numa época em que se discute muito os custos dos Sistema de Saúde e em que tudo se avalia, ao que parece, mais em números de despesa do que em sofrimento humano, vale então a pena dizer que os custos anuais em saúde dos obesos com $IMC \geq 35$ são três vezes superiores aos dos indivíduos de peso normal(9). Este ponto de corte no IMC de 35 e não no de 40, a partir do qual se considera obesidade grau III justifica-se pelo facto de, a partir do IMC de 35 (grau II) se estabelecerem doenças associadas – diabetes, HTA, doenças arteriais cardíacas e cerebrais, doenças osteoarticulares, doenças venosas dos membros inferiores – em relação às quais se torna imperioso utilizar os instrumentos medicamentosos existentes no mercado, de modo a minorar o sofrimento e o risco. O recurso ao médico, às urgências hospitalares e a internamentos é muito grande. A partir do IMC de 35 com doenças associadas é também a situação individual a partir da qual o absentismo ao trabalho ou o desemprego implicam custos sociais e pessoais. Importa, portanto, salientar toda esta morbidade e risco de mortalidade. No entanto, pela experiência clínica e ao encontro dos dados que surgem nas nossas séries e em outras, gostaríamos de destacar aspectos particulares destes doentes:

1. A patologia osteo-articular. Estes doentes são portadores de sintomas de dor, dificuldade de mobilidade e mesmo de incapacidade, sobretudo relacionados com a coluna vertebral, os joelhos e os pés. As razões mecânicas são óbvias, mas a verdade é que também estão afectadas as pequenas articulações das mãos. A existência de outras causas, para além das mecânicas, parece derivar da insulino-resistência e dos factores pró-inflamatórios associados.

A verdade é que estamos perante doentes que se mobilizam com dificuldade, em relação aos quais a recomendação de exercício tem que ser muito cautelosa, para além da mandatada pela sua fraca capacidade cardio-respiratória.

Muitas vezes estes doentes têm a “porta fechada” pelo colega de ortopedia em relação a prótese da anca ou dos joelhos que esperam por eles menos 30 ou 40

quilos depois. Têm toda a razão pois não há seguimento de intervenção que resista a este enorme peso, mas o doente vê-se num bêco sem saída. Todo o aconselhamento estereotipado que possamos fazer de “dieta saudável e exercício” é desadequado, senão ridículo.

2. A perturbação do sono. Por circunstâncias também mecânicas estes doentes têm roncopatia e sono perturbado, com apneias. Esta situação tem sérios riscos de perturbação da conjugalidade e tem aumento dos riscos de mortalidade, como é sabido. A consequente sonolência diurna, que ocorre subitamente, muitas vezes sem anúncio, é causa de acidentes graves, alguns mortais. É frequente que o grande obeso que é motorista de profissão, com grandes refeições e sedentarismo, acabe por vir parar ao serviço de urgência dos hospitais, politraumatizado por acidente que ocorreu em consequência do adormecimento súbito ao volante.

3. A perturbação psicológica e social. Uma pessoa que arrasta desde a infância uma condição de peso grave tem necessariamente perturbações emocionais de reacção a essa circunstância. A existência tão cedo desta marca física trás também perturbações da personalidade que passam a integrar o indivíduo definitivamente. De modo que parece mais lógico considerarmos as perturbações psicológicas como uma consequência do que como uma causa das grandes obesidades. Quanto ao comportamento alimentar ter-se-à que considerar que a marca genética também funciona ao nível do complexo sistema de apetite/saciedade, que um corpo volumoso tem necessidades alimentares superiores às dum corpo de peso recomendável para a mesma idade e sexo e que estas pessoas têm muitas vezes uma história de vida com sucessivas tentativas de restrição alimentar que provocam uma consequente compulsão alimentar que não é patológica, mas sim lógica, como se explica à frente na avaliação psicológica (*pseudo binge-eating*) Socialmente também sabemos quanto esta situação é marginalisante.

INDICAÇÕES PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Perante o que atrás fica dito, é necessária uma intervenção da natureza da cirurgia bariátrica nos indivi-



duos que obedecem aos critérios que estão estabelecidas pelas *guidelines* europeias: doentes entre os 18 e os 60 anos; IMC ≥ 40 Kg/m²; IMC ≥ 35 Kg/m² com doenças associadas, em relação às quais se espera melhorias pela perda de peso induzida pela cirurgia; estes doentes terão que ter uma história de tentativas frustradas de perda de peso através de tratamento médico ou perda de peso seguida de recuperação.

Os doentes com menos de 18 anos ou com mais de 60 têm que ser considerados individual e excepcionalmente(8). Além dos critérios de exclusão que mais adiante serão descritos na avaliação psicológica, há critérios de exclusão clínica gerais: doentes sem condição anestésica cirúrgica; portadores de doença que reduz significativamente a esperança de vida (neoplasias, doença coronária sintomática, insuficiência renal crónica, cirrose hepática); doenças gastro-esofágicas não tratadas.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

O doente que vai ser sujeito à cirurgia bariátrica deve ser avaliado por endocrinologia/medicina, psicologia/psiquiatria e nutrição/dietética.

Esta avaliação demora alguns meses. Este tempo é necessário para os vários exames e sobretudo para a avaliação psicológica detalhada, mas também é necessário para otimizar o tratamento das co-morbilidades e permite que o doente mostre que é capaz de ser assíduo nas consultas. Este seguimento pré- operatório mostrará também que o doente assume o tratamento e o projecto cirúrgico como um acto da sua opção, que é capaz de modificar hábitos alimentares e que está motivado.

Com o número de grandes obesos existente em Portugal, o doente teve um tempo de espera importante para integrar a consulta de obesidade, que nos vários centros estamos a tentar reduzir. No entanto, também não podemos dar a ideia de que quando é chamado o está a ser para a cirurgia. É necessário explicar que a integração na consulta é o início dum novo processo que levará alguns meses, pelo menos seis, e explicar-lhe também os riscos, limitações e benefícios da cirurgia.

A avaliação médica inclui Rx torax, análises de hematologia e bioquímica de rotina, avaliação da fun-

ção tiroideia e supra-renal, análises de pesquisa de eventual síndrome do ovário poliquístico nas mulheres e análises relativas ao estado nutricional(ferro, transferrina, ferritina, ac.fólico, vitB12, zinco,cálcio, fósforo, magnésio e proteinograma). Os doentes fazem também avaliação cardiológica, com ecg, ecocardiograma e outras provas se necessário. Na nossa consulta fazem sistematicamente estudo do sono e provas de função respiratória. No período mais próximo da intervenção fazem endoscopia alta. A avaliação médica deve corresponder a pelo menos 5 consultas.

Os doentes com IMC superior a 50Kg/m² são aconselhados a colocar balão intra-gástrico previamente, para haver uma perda de peso que facilite a intervenção cirúrgica.

No espaço de 360 dias após a intervenção deverá haver pelo menos 7 consultas aos 15, 30, 90, 150, 210, 270 e 360 dias, com avaliação do estado de saúde geral, das co-morbilidades e do estado nutricional. A carência pós-cirúrgica mais comum que temos encontrado e tratado tem sido a carência de zinco, patente nas análises e nos sintomas.

No entanto, o acompanhamento do doente que faz cirurgia bariátrica não pára aos 360 dias. O seguimento dos doentes intervencionados, apesar das melhorias enormes do seu estado de saúde, é para a vida. Nos que têm complicações pós-cirurgia ou simplesmente adaptações o seguimento é ainda mais exigente.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CIRURGIA BARIÁTRICA.

(A experiência na Consulta de Obesidade Mórbida do Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo Hospital de Santa Maria, Lisboa)

Como ficou exposto atrás, a intervenção na obesidade mórbida e consequentes doenças metabólicas passa, cada vez mais, por uma solução cirúrgica. Para os próprios doentes, a saúde e/ou a melhoria de qualidade de vida são a razão principal para a procura ou aceitação desta cirurgia¹⁰. Aos psicólogos clínicos que trabalham em contexto de Saúde, a avaliação e acompanhamento dos obesos candidatos a cirurgia bariá-



trica pressupõe um conjunto de práticas que, infelizmente, não estão, ainda, organizadas num protocolo nacional e/ou internacional¹¹

Cada grupo de trabalho constitui a sua bateria de testes, critérios de exclusão, periodicidade e tipo de intervenção psicoterapêutica.

Para colmatar o que se considera ser uma lacuna importante, o Núcleo de Psicologia da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Bariátrica e o Grupo de Trabalho de Psicologia e Comportamento da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade estão a produzir, em conjunto, um protocolo que, pretendemos, sirva de orientação para os profissionais portugueses bem como se constitua a proposta nacional para o protocolo europeu.

Neste artigo, descrevemos a prática do grupo multidisciplinar da Consulta de Obesidade Mórbida do Hospital de Santa Maria em Lisboa.

Na nossa consulta o encaminhamento para a Cirurgia Bariátrica é feito, por equipa multidisciplinar, com base em critérios médicos e psicológicos. Para tal, foi criado um protocolo de intervenção psicológica, com base na literatura internacional e dados empíricos de centros hospitalares que realizam esta avaliação há várias décadas.

A intervenção do psicólogo pode esquematizar-se do seguinte modo: Pré-operatório: Avaliação Psicológica (A.P.) e acompanhamento visando a adesão ao tratamento (*v.g.* mudanças comportamentais, estratégia de *coping* alternativa à “alimentação emocional”, incremento da actividade física). Pós-operatório: despiste e

intervenção nas possíveis complicações psicológicas e do âmbito psicossocial (*v.g.* perturbações do comportamento alimentar, depressão, ansiedade ou agravamento da sintomatologia psicológica prévia à intervenção). Em síntese, pretende excluir-se candidatos cujo risco supere o benefício; seleccionar os que apresentam melhor prognóstico¹². Quanto aos restantes intervir quando os critérios são “limite” de modo a que estes candidatos possam, a seu tempo, ser submetidos à cirurgia. A actualização científica deve ser constante, já que a experiência de outros grupos, com outras técnicas, grandes séries e acompanhamento longitudinal se revela de enorme interesse^{13,14}.

OBESIDADE MÓRBIDA, AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, CIRURGIA BARIÁTRICA

A consulta de Obesidade Mórbida tem uma estrutura multidisciplinar que inclui consultas de endocrinologia, cirurgia, psicologia e nutrição.

Todos os candidatos são avaliados na consulta de psicologia. O Protocolo consiste numa Avaliação Psicológica (A.P.), em cinco sessões, onde é aplicada uma Entrevista semi-estruturada e uma bateria de testes psicométricos e projectivos conforme Tabela 1.

A Entrevista é o primeiro instrumento de avaliação. Com base nesta se fará, logo na primeira fase, o diagnóstico diferencial das Perturbações do Comportamento Alimentar e do padrão alimentar do obeso:

Tabela1: Instrumentos utilizados na avaliação psicológica

Instrumento	Tipo	Medida	Aplicação	Indicação
Entrevista semi-estruturada		Anamnese Diagnóstico Diferencial	Psicólogo	Todos os candidatos
EDI ¹⁵	Psicométrico	Comport.Alimentar	Auto- preenchimento	Todos os candidatos excepto*
SCL-90 R ^{16,17}		Psicopatologia Geral		
Mini-Mult ¹⁸		Personalidade		
COPE ¹⁹		Estratégias de coping		
Rorschach ^{20,21}	Projectivo	Funcionamento intra-psiquico	Psicólogo	*Illetrados *Deficit Cognitivo **Pert. Personalidade **Necessidade de análise mais “fina”



Petisco contínuo, Hiperfagia prandial; e o que chamamos Pseudo Binge Eating (Crise de Voracidade Alimentar) que cessa após o poli fracionamento, e ainda o diagnóstico de Psicopatologia que se completará com os testes.

O processo dura 6 meses podendo chegar ao ano. O tempo é o necessário para A.P. e intervenção preparatória²² para a cirurgia. Os candidatos são mantidos em acompanhamento no sentido de promover a modificação comportamental que se operacionaliza, entre outras medidas, por uma perda de peso de 10% e adesão às consultas. O critério é a evolução do doente.

Para esta intervenção estão estabelecidos Critérios de Exclusão²³ que, no nosso protocolo, são os da imagem seguinte²⁴.

Cada vez mais os *Critérios de Exclusão* se prefiguram no que, no nosso entender, deveria classificar-se como *Critérios de Intervenção Obrigatória*. Conforme podemos verificar apenas dois destes são considerados Critérios de Exclusão absolutos: o uso/abuso de substâncias²⁵ e a Perturbação de Personalidade (Eixo II) ou Psiquiátrica *não compensadas*. Considerando-se, portanto, que o doente recusa o acompanhamento psiquiátrico ou não adere ao tratamento.

Se, e quando, compensado é reintegrado na consulta e é estabelecido uma intervenção psicoterapêutica,²⁶ individual, segundo o parecer do psicólogo que acompanha o caso.

Após esta avaliação e se os valores forem considerados normativos, são programadas quatro consultas mensais, nas quais se pretendem elaborar estratégias de modificação comportamental, adequação ao novos hábitos de exercício físico, alimentares (*v.g* comer de 3 em 3 horas, introdução de hábitos na família, e a adesão às consultas)²⁷. É, ainda, assinado um “Consentimento Informado” documento que, entre outras informações, sintetiza as possíveis complicações da cirurgia. Na consulta de psicologia, é com a assinatura deste documento, feita obrigatoriamente com cônjuge, familiar ou amigo próximo, que se afere o suporte social e se discutem, em família, muitas das adaptações a realizar no futuro. Após a 7ª consulta, o caso é apresentado em reunião multidisciplinar e discutida a intervenção adequada.

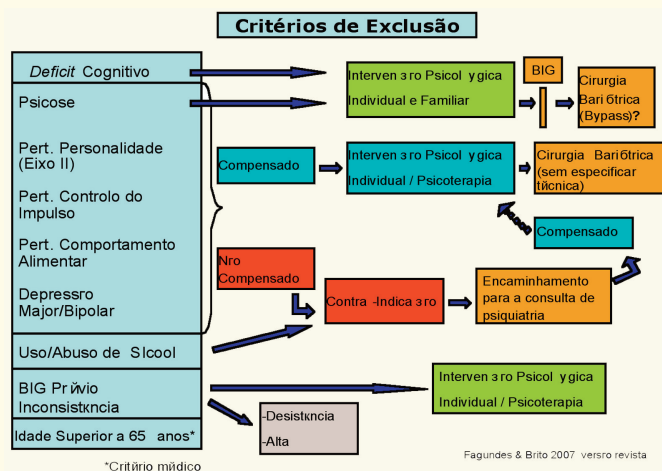
PÓS-OPERATÓRIO

O *follow-up* pós-operatório consiste em 6 consultas calendarizadas do seguinte modo: Dia da alta e após 2, 4, 12, 24 e 52 semanas desta. No segundo ano, 6 e 12 meses após a última consulta. A todos os doentes é facultada a marcação de consulta, em qualquer data, sempre que o solicitem.

O procedimento consiste numa entrevista semi-estruturada, protocolar, onde são investigados o comportamento alimentar, alterações de humor, vida instintiva (sono, apetite e líbido). A escuta atenta é, como sempre, uma “ferramenta” imprescindível. A melhoria, objectiva, da qualidade de vida não deve comprometer o despiste de eventual sintomatologia depressiva²⁷ ou emergência de comportamento alimentar perturbado²⁹ (crises de voracidade alimentar, *night eating syndrome*, bulimia nervosa *v.g.*) *Post-Surgical Eating Avoidance Disorder* (PSEAD)³⁰ ou dificuldades de ordem psicossocial³¹. A experiência de grandes perdas de peso, que podem ser da ordem dos 30% a 40% do peso inicial, são vivenciadas por cada sujeito de forma particular, estando descritas na literatura des-compensações psíquicas graves³².

Fizemos referência à intervenção individual. O acompanhamento em grupo é uma possibilidade vantajosa, quer em termos logísticos quer promovendo benefício terapêutico específico.

Em síntese, podemos dizer que a obesidade é uma doença crónica e a Cirurgia Bariátrica não é uma cura.



Mas, neste importante processo, a avaliação e acompanhamento psicológico devem ser realizados por profissionais experientes, munidos de um protocolo testado e com uma calendarização que sirva o doente. O acompanhamento não tem um fim previsível. A estabilidade emocional e a modificação de hábitos de vida terão de se conquistar e manter diariamente. As memórias, físicas e psicológicas, da obesidade mórbida, não se apagam num só momento. Para isso, teremos de estar disponíveis, pessoal e institucionalmente, para o resto, do que desejamos, seja uma boa e longa vida.

Avaliação/Seguimento Nutricional

Pré-Balão/Cirurgia Bariátrica

O protocolo que se segue é o resultado dum trabalho comum dos especialistas de nutrição/dietética do Hospital de Santa Maria e do Hospital Pulido Valente: Patrícia Nunes, Silvia Neves, Anabela Santos, José Camolas, João Vieira e Maria Guiomar Ferreira.

1. Número, periodicidade e duração das consultas:
 - O candidato a Balão/Cirurgia Bariátrica deve frequentar um mínimo de três consultas de avaliação/seguinte nutricional antes da cirurgia;
 - A periodicidade será aproximadamente mensal;
 - A duração será de aproximadamente 30 a 40 minutos, no caso de serem primeiras consultas, e de 20 minutos, nas consultas de seguimento;
2. Tem como objectivos:
 - Proceder à História Clínica e Avaliação Nutricional, visando avaliar:
 - Altura, peso (actual, habitual e adequado, bem como a sua evolução), perímetro da cintura e perímetro da anca
 - Patologias associadas (Diabetes, DCV, HTA, entre outras)
 - Antecedentes familiares de obesidade e/ou outras patologias associadas
 - Alterações do Comportamento Alimentar (Night Eating Syndrome, Binge Eating Syndrome, Sweet Craving, entre outras)
 - Esquema alimentar do doente
 - Apetite e níveis de saciedade
 - Presença de sintomatologia gastrointestinal (náuseas,

- seas, vómitos e alterações do trânsito intestinal)
- Alterações do paladar e olfacto
- Preferências alimentares e aversões (incluindo questões éticas e culturais)
- Presença de alergias ou intolerâncias alimentares
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Capacidade de aquisição e intervenção na preparação de alimentos
- Grau de actividade física
- Fármacos e Suplementos Nutricionais
 - Iniciar o processo de Reeducação Nutricional;
 - Esclarecer o doente sobre as fases da Dieta Pós-Operatória

SEGUIMENTO NUTRICIONAL PÓS-BALÃO/ /CIRURGIA BARIÁTRICA

1. Periodicidade e duração das consultas:
 - A data da alta o doente receberá orientação alimentar do técnico de nutrição que dá apoio ao Serviço de Cirurgia e é orientado para, aproximadamente uma semana depois, se dirigir à consulta de ambulatório para receber novas orientações;
 - As consultas seguintes de ambulatório terão uma periodicidade aproximadamente quinzenal, nos primeiros dois meses, mensal, até aos seis meses, bimestral, até ao ano, trimestral, após os 12 meses, e bianual, aos dois anos após a intervenção;
 - A duração será de aproximadamente 20 minutos.
2. Características da Dieta
Conteúdo Energético
As técnicas restritivas ou mistas permitem a existência de uma sensação de saciedade precoce, devida à reduzida dimensão do primeiro reservatório. Durante os três primeiros meses após a cirurgia a restrição calórica é mais intensa, sobretudo devido à redução espontânea da ingestão de alimentos, à diminuição do apetite e à saciedade precoce. Nos primeiros 6-12 meses a ingestão calórica rondará as 800 Kcal/dia. Posteriormente, com a dilatação do reservatório e com a consolidação dos hábitos alimentares, a ingestão rondará as 1000-1200 Kcal/dia.
Consistência
Ainda no internamento o doente deve ser estimu-



lado a começar por ingerir água e/ou infusões, na quantidade de 20-30 ml cada 5 a 10 minutos. Posteriormente, deve existir uma evolução progressiva da consistência da dieta, distinguindo-se 4 fases que devem ser respeitadas:

1ª FASE – Dieta Líquida

Deve ser seguida durante o 1º mês após a cirurgia, visa permitir a adequada recuperação. É essencial que forneça quantidades adequadas de proteínas, que é assegurada pela ingestão de leite e iogurte líquido (aproximadamente 1 litro/dia) e eventualmente um suplemento proteico, também na forma líquida, que fornecerá cerca de 20g de proteínas. Também se recomenda o consumo de sumos de frutas e/ou de legumes, e caldos de carne e peixe, com ou sem legumes, coados.

2ª FASE – Dieta Pastosa

A ser seguida durante o 2º mês após a cirurgia. Utilizam-se papas, que incluem carne ou peixe triturados e misturados com os fornecedores de amidos e gorduras. Podem comer-se frutas cozidas ou assadas. Trata-se de uma fase que, habitualmente, é de difícil aceitação por parte dos pacientes, porque se fartam facilmente deste tipo de alimentação. Assim, o período, sempre que o doente demonstre boa evolução, pode ser reduzido para apenas 15 dias.

3ª FASE – Dieta Mole

Inicia-se cerca do 3º mês após a cirurgia, na qual o doente pode comer quase tudo, excepção feita a alimentos muito elaborados ou condimentados.

4ª FASE – Dieta Livre

É iniciada a partir do 3º mês após a cirurgia. Nesta fase o doente tem uma grande liberdade para escolher os seus alimentos, ainda que alguns possam continuar a ser difíceis de digerir, como é o caso habitual das carnes vermelhas.

Volume

É essencial garantir a adequada ingestão de nutrientes, em particular de proteínas e de energia com volumes pequenos.

Nas Técnicas Restritivas, o volume ingerido deve ter em conta a dimensão do primeiro reservatório, uma vez que a comida, depois de chegar ao mesmo, passa com lentidão através do estoma para o restante estômago.

Nas Técnicas Malabsorptivas, normalmente não são necessárias restrições significativas à quantidade. No entanto, são frequentes os problemas com a absorção da gordura, o que implica a existência de esteatorreia, que é directamente proporcional à presença de gordura na alimentação.

Na primeira semana após a alta estão indicados volumes de aproximadamente 50ml, nos quinze dias a três semanas seguintes os volumes evoluirão para os 100 a 150 ml, de acordo com o grau de tolerância dos doentes. Seguidamente, ainda que variando consideravelmente entre os indivíduos, os volumes rondam os 200 a 250 ml.

Consideração a propósito das consequências nutricionais

É essencial um follow-up estreito nos primeiros 3 meses após a intervenção, uma vez que neste período existe um défice proteico, que habitualmente é restabelecido por volta dos 18 meses.

Nas técnicas restritivas, existe o risco de vómitos recorrentes com possível défice proteico e vitamínico. Assim, é essencial incentivar o doente a comer devagar, mastigando bem os alimentos. Considera-se indispensável a suplementação com multivitamínicos/minerais nos primeiros dois a três meses após a intervenção.

No Bypass Gástrico (Y de Roux) os alimentos ingeridos não passam pelo *fundus*, corpo e *antrum* gástricos, nem pelo duodeno e por uma porção variável do jejuno. Desta forma, podem ocorrer carências de Ferro (por ausência da conversão do Fe ferroso => Fe férrico), de Vitamina B12 (por falta do factor intrínseco) e de Vitamina D e Cálcio (porque o duodeno e o jejuno são zonas de absorção preferenciais). Assim, é necessária a suplementação com multivitamínicos/minerais com Vitamina B12, Ferro e Cálcio para o resto da vida.

Nas Diversões Bílio-Pancreáticas com ou sem Switch Duodenal, a associação da malabsorção com a redução da capacidade gástrica implicam a necessidade de suplementação, também para o resto da vida.

Pode ser considerada a suplementação alimentar, com recurso a produtos modulares, nomeadamente proteínas e hidratos de carbono, visando a satisfação das necessidades individuais mínimas.



BIBLIOGRAFIA

1. Reddy, KS, Prablakaran, D, Shah P e Shah B. Differences in body mass index and waist/hip ratios in North Indian rural and urban populations. *Obes.Rrv* 2002, 3:197-202
2. Ogden C, Carroll M, Curtin L, Mc Dowell M, Tabak C e Flegal K. Prevalence of Overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Jama*,2006, 295: 1549-1555
3. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, e Galvão-Teles A. Prevalence of Obesity in Portugal, *obes Rev* 2006, 7: 233-237
4. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J e Galvão-Teles A. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes rev* 2007, 9:11-19
5. Bicho M et al; Influence of Lewis blood group polymorphism on acid phosphatase (ACPa) activity and cardiovascular risk in post-menopausal women. *Int J Obes* 2003; 27: S 20
6. Adams KF, Schatzkin A, Hartus TB, Kipnis V, Monw T, Ballard- Barbash R et al.overweight, obesity and mortality in a large prospective cohort of persons 50 a 71 years old. *N Engl J Med* 2006; 355:763-768
7. Drenick Eg, Bale GS, Setzer F, Johnson DG. Excessive mortality and cause of death in morbidly obese men. *JAMA* 1980; 243: 443-444.
8. Dufflon J, Virmani R, Rabin I, Burke A, Farb A, Smialek J. Sudden death as a result of heart disease in morbid obesity. *Am Heart J* 1995; 130(2):306-13
9. Fried M et al. Inter – disciplinary European guidelines on Surgery of Severe obesity. *Int J Obes* 2007;31:569-577.
10. Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, Sanchez-Johnsen L, Dymek-Valenitine M, Alverdy J, le Grange D. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg.* 2007 Nov;17(11):1487-91.
11. Fagundes, MJ & Marcos, AI. O Papel do Psicólogo e a Avaliação Psicológica na Cirurgia Bariátrica em Países do Continente Americano e Europeu. *Endocrinol Metab Nutr*, Vol 14, Nº5, pp 163-191. Setembro/Outubro 2005.
12. Gerbrand C M van Hout, Saskia K M Verschure, Guus L Van Heck. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery Volume 15, Number 4 / Abril, 2005.*
13. Jean-Marc Chevallier , Michel Paita , Marie-Hélène Rodde-Dunet , Michel Marty Françoise Nagues , Karem Slim , Arnaud Basdevant. Predictive factors of outcome after gastric banding: a nationwide survey on the role of center activity and patients' behavior. *Ann Surg.* 2007 Dec ;246 (6):1034-1039.
14. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Kruug L, Buddeberg C, Muller MK, Schoeb O, Weber, M. Physical and psychosocial outcome in morbidly obese patients with and without bariatric surgery: a 4 1/2-year follow-up. *Obes Surg.* 2006, Mar; 16(3):321-30.
15. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Dis* 1983;2:14-34.
16. Garner DM. *Eating disorders inventory-2.* Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 1991.
17. Derogatis, L. R. (1993). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of SCL-90.* Baltimore: John Hopkins University Press.
18. López Seco, F, González Molinero, J. L., Tárrega Esteller, B. Personality and eating disorders: use of the Mini-Mult in the assessment of outpatients with eating disorders. *Psiquis*, 2003 (Vol. 24) (No. 5) 236-244
19. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
20. Marques, ME (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach.* Lisboa. Climepsi.
21. Chabert, C. (1998). *A psicopatologia à prova no Rorschach.* Lisboa. Climepsi.
22. Fandiño J, Benchimol A K, Coutinho, W.F, Appolinário, J.C. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. Psiquiatr. RS*, 26'(1): 47-51, jan./abr.
23. *DSM IV R (2004). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4º Eds. Texto revisto).* Lisboa: Climepsi Editores
24. Fagundes & Brito. *Manual Medicina Geral e Familiar área de Endocrinologia* Editor: Serviço de Endocrinologia , Diabetes e Metabolismo do HSM. 2007. (em publicação).
25. Hsu, L.K.; Benotti, P.N. et al.- Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*, 60 (3): 338-46, 1998.
26. Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies.* Yale University.
27. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, Fiorilli M, Folli F, Paganelli M, Marchi M, Maffei C. Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obes Surg.* 2007 Nov;17(11):1492-7.
28. Kodama K, Noda S, Murakami A, et al. Depressive disorders as psychiatric complications after obesity surgery. *Psych and Clin Neurosc* 998;52:471-476.
29. Guisado, J.A., Vaz, F.J., Alarcón, J. e tal (2002). Psicopatologia en pacientes com obesidad mórbida pos cirugía gástrica. *Cubana Endocrinol.* 2002;13(1)29-34.
30. Segal et al. Post-Surgical Refusal to Eat: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or a New Eating Disorder? A Case Series. *Obes Surg*, 14:353-359, 2004.
31. van Hout GC, Boekestein P, Fortuin FA, Pelle AJ, van Heck GL. Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006 Jun;16(6):787-94.
32. Sarwe, DB, Fabricatore, AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clinics in Plastic Surgery* 35 (1) Jan 2008.

