



março 2022

Entrevista do mês

Gil Faria, Coordenador do Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital Pedro Hispano.

“Continuamos a achar que a obesidade não é uma doença, mas sim o resultado de um mau comportamento”

Coordenador do Centro de Tratamento da Obesidade do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, o cirurgião Gil Faria, 42 anos, faz um retrato do papel da cirurgia de ambulatório no combate à obesidade. O futuro, esse, acredita, passará por “cirurgias que permitam ao doente recuperar mais depressa”, com uma diminuição do tempo de estadia no hospital.



Dia 4 de março assinala-se o Dia Mundial da Obesidade, área à qual tem dedicado o seu percurso profissional. Qual o papel da cirurgia de ambulatório no que respeita ao combate da obesidade?

Gil Faria (GF) - Cada vez mais se tem vindo a provar que as cirurgias de obesidade são cirurgias fisiologicamente muito pouco invasivas e, portanto, ao longo dos últimos anos tem sido possível diminuir consecutivamente os tempos de internamento.

Aproveitando a experiência de vários centros internacionais na realização do sleeve gástrico em regime de ambulatório, iniciamos o nosso projeto de ambulatorização do sleeve gástrico há cerca de 1 ano, o que nos permite otimizar os recursos existentes. É possível utilizar mais salas de bloco operatório, evitar dias de internamento e adiamentos por faltas de vagas, diminuir o número de infeções hospitalares e tornar esta cirurgia mais simples e mais segura.

No que respeita à cirurgia de obesidade em CA pode esperar-se, no futuro próximo, que seja menos invasiva?

GF - As cirurgias que fazemos já são sem pernoita, o doente tem alta ao fim de seis a oito horas após a operação. É difícil conseguir menos do que isso. É preciso um período mínimo de recobro; há barreiras fisiológicas que não podemos ultrapassar. Acredito que nos próximos anos, o caminho será que as outras cirurgias tecnicamente mais complexas, nomeadamente o Bypass Gástrico, tenham também um percurso que permita aos doentes recuperar mais depressa e diminuir o tempo de estadia no hospital.

É importante referir que isto não é válido para todos os doentes, só o conseguimos fazer em doentes com baixo risco de complicações, nomeadamente complicações respiratórias ou hemorrágicas, que são as que nos preocupam mais nas primeiras 48 horas.

A CA permite trazer mais ganhos para o doente?

GF - Olhando a dados que já conhecemos da literatura científica, a CA está associada a uma melhoria da satisfação e qualidade de vida precoce porque o doente retoma a sua vida normal mais rapidamente. Aquilo que vemos através dos nossos doentes são elevadas taxas de satisfação: gostam de poder fazer a cirurgia e poderem ir dormir a casa. Até à data, não temos nenhum doente que se tenha sentido desconfortável ou com insegurança, algo que para nós é muito importante. A satisfação dos nossos doentes tem sido muito boa.

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, o excesso de peso e a obesidade apresentam uma prevalência de 68% nas mulheres e 71% nos homens dos 25 aos 75 anos de idade, da qual a obesidade representa 32% no género feminino e 25% no género masculino, atingindo 1,5 milhões de pessoas. Que futuro prevê no que respeita à prevalência?

GF - Infelizmente aquilo que se prevê é que os números continuem a agravar, o que nos demonstra várias coisas. Em primeiro lugar demonstra que a obesidade é um problema estrutural, e não é um problema individual das pessoas. Continuamos a achar que obesidade não é uma doença, mas o resultado de um mau comportamento.

Continuamos a achar que as pessoas são obesas porque são preguiçosas e

não têm cuidado com o que comem. Se isso afeta 60 por cento da população estamos a dizer que a maioria da população é preguiçosa e não sabe o que está a fazer? Há múltiplas causas fisiológicas e ambientais por detrás da obesidade.

Há, portanto, uma mudança de mentalidade necessária...

GF - Obviamente que sim. Antes de mais é importante que, de uma vez por todas se perceba que a Obesidade é uma doença crónica. Não é um defeito de carácter nem uma opção pessoal. Não podemos desresponsabilizar os comportamentos individuais, mas como sociedade temos de perceber que é um problema que nos afeta a todos.

É óbvio que no que toca a causas ambientais há muito a fazer para diminuir a exposição a estímulos obesogénicos. Por outro lado, os números atuais demonstram-nos que é necessário fazer-se algo ao nível da prevenção, porque sabemos que tratar a obesidade vai ser muito difícil. Temos a cirurgia para tratar os casos graves, mas esses, representam menos de um por cento!

Temos poucas estratégias eficazes para tratar a obesidade não-mórbida, o grande foco terá por isso de estar na prevenção.



Na sua opinião, que medidas são determinantes implementar?

GF - Acredito que seria importante voltar a promover o consumo da Dieta Mediterrânica, que se está a perder. Por outro lado, seria igualmente importante alcançar uma conciliação laboral que permita às pessoas parar para comer. Um dos grandes problemas dos dias de hoje é que as pessoas não têm tempo para comer e, portanto, vão comendo ao longo do dia. É importante valorizar o movimento “slow food” [comer devagar] e parar para almoçar.

É determinante a promoção de um estilo de vida saudável; há que aproveitar que somos um dos países com maior número de horas de sol e incentivar as pessoas a sair de casa, a caminhar. Tudo isto só poderá acontecer, repito, com a conciliação entre a vida profissional e pessoal; mas o que se vê é que as pessoas cada vez trabalham mais horas e têm menos tempo para cuidar de si.

Há uma relação direta entre a falta de horas de lazer e a obesidade, e também entre o nível socioeconómico e a obesidade. Quanto mais pobres somos, maior vai ser a prevalência da obesidade. Um dos mecanismos para tratar a obesidade é por isso melhorar as condições de vida económica das pessoas e fazer com que tenham mais dinheiro disponível para por um lado não precisarem de trabalhar tantas horas, e, por outro lado, conseguirem fazer escolhas mais saudáveis.

Comer fruta e legumes é muito mais difícil e caro do que comer arroz, massa e comidas processadas.

A obesidade é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e pela Direção Geral da Saúde como uma doença crónica que afeta vários órgãos e sistemas, estando ainda, associada ao desenvolvimento de mais de 200 doenças, entre as quais se encontram a Hipertensão Arterial, AVC, Doenças Cardíacas, Diabetes Tipo 2, entre outras. Como olha para as listas de espera que um paciente indicado para cirurgia enfrenta quando operado no SNS?

GF - As listas de espera são claramente prolongadas e quase que desumanas. Em média, uma pessoa que tenha indicação para tratamento cirúrgico e é referenciada para cuidados hospitalares pode demorar até três anos até chegar à cirurgia - o que é demasiado tempo e em especial para alguém que tem obesidade grave.

Há também um problema ao nível do acesso. Cerca de 10 por cento dos doentes com obesidade terão indicação para cirurgia, ou seja, estamos a falar de cerca de três por cento da população portuguesa. Isto são cerca de 300 mil pessoas com indicação para cirurgia.

O SNS é capaz de fazer cerca de 3 a 4 mil cirurgias por ano. Isto quer dizer que, ainda que não aumentasse o número de pessoas a viver com obesidade, demoraríamos 100 anos a tratar as pessoas que atualmente têm indicação para cirurgia. Isto é demonstrativo que é necessário um grande investimento a nível hospitalar para reforço das equipas e condições para que se possa efetivamente oferecer esta cirurgia a quem dela precisa.

Em 2016 realizou o estudo "Percepções & Barreiras à Cirurgia Bariátrica" para tentar perceber quais as percepções sobre a Cirurgia da Obesidade dos clínicos portugueses, bem como para detetar quais as principais barreiras à referência dos doentes e eventuais

défices de formação. Desse ano aos dias de hoje, que mudanças positivas reconhece?

GF - Penso que passou a haver menos preconceito no que respeita à obesidade e à cirurgia. Uma das coisas que detetamos é que mesmo no seio médico – esse estudo foi feito a médicos de várias especialidades – e mesmo entre médicos que tratam doentes com obesidade, continuam a existir preconceitos.

Continua-se a achar que a obesidade depende unicamente dos comportamentos individuais, que é uma escolha pessoal e que só não melhora com dieta, quem não quer... Uma das coisas que queremos fazer é repetir esse estudo para perceber se se comprova essa mudança de mentalidade.

A ideia empírica que tenho é que tem havido melhoria quer a nível de encarar a obesidade como uma doença, quer ao nível de aceitar que a cirurgia possa ser uma solução válida. Um dos outros grandes entraves é que, mesmo as pessoas que consideravam a obesidade uma doença, consideravam que essa doença se trata dizendo às pessoas para comer menos.

E não é isso que deve ser feito...

GF - Hoje em dia sabemos que isso não chega e, de forma isolada não resolve nada. São precisas intervenções estruturadas. Não defendo a cirurgia para todos os doentes, mas é preciso um acompanhamento multidisciplinar e não apenas dizer ao doente “coma menos e vá fazer exercício físico!”

Que impacto pode representar um acompanhamento feito por um psicólogo na evolução positiva destes pacientes?

GF - É certo que a obesidade é uma doença, e tem um componente genético, mas esse componente também se exprime à custa de comportamentos. Temos de perceber que as pessoas não são obesas porque querem. São obesas porque têm um distúrbio metabólico e comportamentos que não são os mais adequados.

Mudar esses comportamentos é muito difícil e nesse aspeto o apoio de uma equipa multidisciplinar com nutricionistas, psicólogos é fundamental para que as pessoas tenham ferramentas e consigam mudar os seus hábitos e consigam compensar de outras formas aquilo que deixam de ter com a comida.

A comida dá prazer, e há pessoas que se refugiam na comida como forma de obter prazer. Ao retirarmos esse prazer elas podem procurá-lo de outras formas (tais como álcool, drogas, jogo, etc.) e, portanto, é preciso dar ferramentas às pessoas para compensar esse prazer de uma forma saudável. O papel da Psiquiatria e da Psicologia é fundamental.

É também preciso que as pessoas estejam abertas à mudança...

GF - Sim, sem dúvida. Nós só podemos ajudar quem está disposto a ser ajudado. E se mantivermos os comportamentos de sempre, vamos obter os resultados de sempre!

Garanta o seu lugar!

14.º Congresso Mundial de IAAS



O 14.º Congresso Mundial da IAAS (International Association for Ambulatory Surgery) vai realizar-se de 30 de maio a 1 de junho de 2022, e tem como tema as “Novas tendências em cirurgia ambulatória, anestesia e cuidados perioperatórios”.

[Conheça o Programa e Inscreva-se aqui!](#)

Siga as nossas notícias nas redes sociais e no nosso website!



You received this email because you are registered with APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
[Unsubscribe here](#)

Sent by  **sendinblue**

Copyright © 2021 APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
Todos os direitos reservados.