

Público

23-05-2020

Periodicidade: Diário

Classe: Informação Geral

Âmbito: Nacional

Tiragem: 31885

Temática: Saúde

Dimensão: 2362 cm²

Imagem: S/Cor

Página (s): 28/29

“A obesidade é hoje uma pandemia muito mais letal do que a covid-19”

John Preto Cirurgião e director do Centro de Responsabilidade Integrada de Obesidade do Hospital de São João confirma que a covid-19 tende a ter um desfecho mais grave nos obesos

Entrevista Natália Faria

Ainda sem estudos que quantifiquem esta realidade em Portugal, pode desde já dizer-se que o impacto da covid-19 foi mais grave em doentes obesos ou com excesso de peso, segundo o director do Centro de Responsabilidade Integrada de Obesidade do Hospital de São João, no Porto. Para o cirurgião John Preto, o confinamento vai agravar as taxas de obesidade e excesso de peso que, em Portugal, atingem já 60% das pessoas com 15 ou mais anos de idade. “A obesidade é hoje uma pandemia muito mais letal do que a da covid-19”, garante, neste Dia Nacional de Luta contra a Obesidade.

Vários estudos apontam a obesidade como factor de risco para a covid-19. No Reino Unido, 70% dos doentes que estiveram nos cuidados intensivos eram obesos ou tinham excesso de peso. Há dados sobre esta realidade em Portugal?

A percentagem que aponta não me admira nada. Sabemos que a covid-19 provoca, sobretudo nos casos mais graves, uma resposta inflamatória e agressiva sobre o sistema imunitário que agrava o percurso e o prognóstico do doente. Sempre se falou que os pacientes com maior risco eram aqueles que tinham co-morbilidades ou doenças, nomeadamente as cardiovasculares, como os hipertensos e os doentes com dislipidemia [distúrbio nos níveis de lípidios e ou lipoproteínas no sangue], e a obesidade é uma doença inflamatória crónica que está associada a essas patologias. Portanto, havia já uma clara noção de que os obesos, se infectados com o coronavírus tipo II, tenderiam a ter desfecho mais grave. Quanto aos números em Portugal, depois

destas primeiras semanas muito intensas, nomeadamente no Hospital de São João [HSJ], estamos precisamente a iniciar uma série de trabalhos para, a partir dos dados existentes, caracterizar a população que precisou de internamento. Nos próximos meses, vamos saber qual foi o perfil do doente que teve um desfecho pior. Para já, sabemos isto empiricamente, até porque os colegas dos cuidados intensivos confirmam-nos que os doentes mais graves são obesos.

O risco acrescido da obesidade aplicar-se-á também às crianças que desenvolveram a síndrome inflamatória que vem sendo comparada com a doença de Kawasaki, como foi já sugerido?

Não seria surpreendente, porque, como a de Kawasaki, há uma série de doenças nas crianças que o organismo pode espoletar através de víruses. E isto é uma virose, a covid-19 é provocada por um vírus, tal como existe o sarampo ou a varicela. Seria importante perceber se essas síndromes tipo de Kawasaki já se desenvolviam em crianças, associados a outro tipo de víruses.

Isto é como nas vacinas, cujos detractores reportam sempre ao risco de alguém desenvolver uma doença, porque aquele vírus, mesmo inactivado, pode espoletar uma reacção do sistema neurológico ou imunológico. Aqui é a mesma coisa. Agora, fomos habituados a saber que o novo coronavírus atinge sobretudo as maiores idades e os doentes com doenças crónicas e poupa as crianças. E, olhando para a estatística, em Portugal não há nenhuma morte de criança provocada por esta doença. Agora, penso que este vírus, tal como os outros, terá capacidade para induzir outras doenças em miúdos mais susceptíveis. Mas não é algo que eu pense que se vá generalizar. **Os pais de crianças obesas ou com excesso de peso devem ter**



“**Para já, sabemos [que os obesos têm maior risco, se infectados] empiricamente, porque os colegas dos cuidados intensivos confirmam-nos que os doentes mais graves são obesos**

cuidados acrescidos?

Deviam ter cuidado em qualquer circunstância. Qualquer miúdo com excesso de peso ou obesidade deve ser uma preocupação para os pais, ponto. Porque isso vai trazer-lhes muitos problemas na vida futura. E Portugal já é o quarto pior país da OCDE em termos de obesidade, com mais de metade da população acima dos 15 anos de idade obesa ou com excesso de peso.

Há alguma noção quanto ao impacto da pandemia e respectivo confinamento no ganho de peso da população?

Passadas nove semanas desde o início da pandemia, os doentes que estão lentamente a voltar à consulta externa dizem-nos que engordaram sete quilos, dez quilos. Não é nada científico, mas esta já era uma população problemática

em termos de controlo de peso e agora (confinados, sedentários, com a alimentação à mão de semear) o problema agravou-se. E sentimos a pressão dos doentes que estão a preparar-se ou em lista de espera para cirurgia para avançarmos com o processo o mais depressa possível, porque estas oito ou nove semanas os prejudicaram muito.

Estamos a falar de que tipo de cirurgias?

A base é a redução gástrica e depois há cirurgias de obesidade como o *sleeve* gástrico, que consiste em reduzir o estômago, e como o *bypass* gástrico em que reduzimos o estômago e fazemos uma ligação ao intestino delgado. A banda gástrica foi praticamente removida do nosso menu de técnicas disponíveis para os doentes, porque se concluiu que,

“Passadas nove semanas desde o início da pandemia, os doentes que estão a voltar à consulta externa dizem-nos que engordaram sete quilos, dez quilos



ADRIANO MIRANDA

alimentos.

Essa alteração da percepção dos alimentos é acidental?

Hoje é um efeito conhecido da cirurgia. Quando ela foi implementada há 60 anos, nos EUA, não se imaginava, pensou-se só naquilo que era visível: um estômago que dilatava um litro reduzía-se para 35 ou 40 mililitros. Se o doente comesse de mais, vomitava. Há 20 anos, por exemplo, descobrimos que os doentes diabéticos tipo II que faziam a cirurgia do *bypass* podiam ficar curados da diabetes. Descobrimos isso também com a psoríase. Os colegas da pele mandavam-nos os doentes porque eram obesos e nalguns, até com psoríases muito graves, depois do *bypass*, a psoríase melhorava. O *bypass* é uma técnica escolhida sobretudo para os doentes viciados em doces, porque a maioria, depois da cirurgia, nem olhar para uma montra de doces consegue.

Qual é o perfil dos vossos doentes?

As *guidelines* mundiais definem como requisito para a cirurgia a obesidade de grau II, ou seja, doentes que têm um índice de massa corporal [IMC] acima de 35, se tiver doenças associadas, como hipertensão ou diabetes. Se tiver um IMC acima de 40, não precisa de ter nenhuma doença identificada.

Os últimos indicadores sobre a obesidade em Portugal mostravam que mais de metade da população tem excesso de peso ou é obesa. Perto de seis em cada dez pessoas...

É assustador e muito preocupante. Quando dizemos que, em 2019, éramos o quarto país da OCDE em termos de obesidade, convém não esquecermos que a lista engloba os Estados Unidos e países da América Latina que têm uma prevalência de obesidade muito alta. Um estudo que demonstra que 60% dos portugueses acima dos 15 anos de idade têm excesso de peso e critérios de obesidade, com um IMC acima de 30, é um problema muito grave. E os miúdos obesos que agora têm 14 ou 15 anos estarão a sofrer enfartes e acidentes vasculares cerebrais aos 30 e 40 anos de idade. No HSJ, operamos cerca de seis ou sete adolescentes por ano, que, sem a cirurgia, não

chegarão à idade adulta. A obesidade é hoje uma pandemia muito mais letal do que a da covid-19. A quantidade de obesos triplicou de 1975 até agora. Hoje morre mais gente de obesidade do que de desnutrição, porque a obesidade é uma doença que aglutina silenciosamente doenças muito graves, como a diabetes e a hipertensão. E nós não temos maneira nenhuma de confrontar isto, se não investindo na prevenção, sobretudo entre os jovens.

As medidas que vêm sendo tomadas, como a restrição da publicidade a alimentos prejudiciais, são suficientes?

São muito importantes, mas podia fazer-se mais. Alguns países levaram as medidas fiscais muito mais longe do que Portugal e proibiram a publicidade de alguns desses produtos açucarados com crianças. E, sobretudo, é preciso promover a actividade física. E incentivar as famílias a terem mais vida no exterior.

Voltando ao contexto de pandemia, como avalia o risco de agravamento da obesidade num estado de confinamento que levou a mais sedentarismo e a uma procura acrescida de enlatados e conservados?

O risco é muito grande. Os próprios *take away* tornam mais fácil o acesso a comida de menor valor energético do que a confeccionada num restaurante clássico. As plataformas existentes estavam preparadas, mas para a *fast food*. Portanto, embora o confinamento tenha sido fugaz, estas oito a dez semanas vão fazer mossa na alimentação e na diminuição franca da actividade física. Ainda por cima numa altura em que o acesso ao tratamento foi suspenso. No HSJ, numa época normal, entravam por semana entre 50 a 60 pedidos de primeiras consultas, vindos sobretudo dos centros de saúde e hospitais. Durante estas oito semanas, até acabar o estado de emergência e começar o de calamidade, penso que tivemos dois pedidos. As pessoas ficaram com medo de ir ao médico de família e de sair de casa.

natalia.faria@publico.pt

“Noventa doentes teriam sido operados. E não foram”

O Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) de Obesidade no Hospital de São João, criado em Janeiro de 2019, com autonomia funcional e uma equipa de 45 profissionais, conseguiu reduzir de cinco para apenas um ano a espera por uma primeira consulta. Quanto às cirurgias, por causa da paralisação imposta pela pandemia, o tempo de espera aumentou agora de meio ano para “entre nove ou dez meses”.

Que estratégias foram adoptadas para garantir acompanhamento de doentes obesos durante o confinamento?

A única área totalmente suspensa – como a maior parte das áreas do hospital – foi o movimento do bloco operatório, com excepção da actividade emergente ou da patologia oncológica. O restante acompanhamento, descontada a primeira semana, em Março, em que tivemos de nos readaptar, manteve-se através de teleconsulta. Na primeira semana de Maio, começámos a retomar as cirurgias e alguns dos doentes começaram a vir presencialmente à consulta externa. Claro que isto provocou um atraso que é preciso recuperar.

De quanto é o atraso?

Se não tivesse ocorrido a pandemia, e tendo em conta os números do ano anterior, cerca de 90 doentes teriam sido operados. E não foram. Mas, se as medidas de desconfinamento não levarem a um segundo ou terceiro surtos, conseguiremos recuperar. Em 2019, fizemos 580 cirurgias no serviço. Este ano, ainda é cedo para sabermos quão aquém ficaremos desse número.

Qual é o tempo de espera para uma cirurgia de obesidade no HSJ?

Com a recuperação que fizemos em 2019, quando virámos o ano, não havia nenhum doente à espera há mais de um ano. Com esta paragem, temos meia dúzia de doentes nessa circunstância. Isto olhando para a lista, nua e crua.

Em termos de média de espera, antes da pandemia, era de cerca de seis meses. Com este atraso, terá aumentado para os nove, dez meses. Mas o modelo de gestão adoptado há um ano permite que consigamos recuperar, desde que tenhamos as condições normais de programação. E, para já, tudo nos leva a crer que, a partir de Junho, tenhamos já retomado a nossa actividade normal a 100%.

Um ano depois da criação do Centro de Responsabilidade Integrada de Obesidade, que balanço faz?

Desde Janeiro de 2019 que temos 45 profissionais (cirurgiões, nutricionistas, psicólogos...), cada um nas suas áreas, concentrados à volta do doente obeso. Antes, se chegasse ao pé dos endocrinologistas e nutricionistas e lhes dissesse que tínhamos de recuperar a lista de espera para a consulta ou para a cirurgia, os directores dos respectivos serviços diziam que essa não era uma área prioritária. Agora, o conselho de gestão do centro tem autonomia para chamar os profissionais nas horas em que estes estão adstritos ao projecto.

E em termos de listas de espera?

Quando começámos, em Janeiro de 2019, o doente mais antigo à espera de consulta era de 2013. E, neste momento, não temos nenhum doente em espera antes de 2018. Se não fosse a pandemia, já estaríamos com 2018 “arrumado”. Até Dezembro de 2019, quase “limpámos” cinco anos de espera para uma consulta. Nas cirurgias, antes do novo modelo, o doente mais antigo estava à espera há 15 meses. Conseguimos evoluir aí também. E provámos que é possível tratar melhor o doente e mais depressa. Não nos parecia lógico que no HSJ um doente ficasse cinco anos à espera de uma consulta de obesidade. E, portanto, concluímos que o modelo anterior não resolvia o problema.