



CIRURGIA DA OBESIDADE

RESPONDENDO AS PRINCIPAIS
DÚVIDAS DOS PACIENTES ANTES E
DEPOIS DA CIRURGIA.

SEJAM BEM VINDOS

Nosso Instituto PROGASTRO é resultado de um trabalho de vários anos, com amplo treinamento em cirurgia vídeolaparoscópica, cujo objetivo é a implantação de novas tecnologias cirúrgicas trazendo o que existe de melhor aos nossos pacientes. Visando proporcionar a você o maior grau de conforto no tratamento de sua doença, utilizamos técnicas minimamente invasivas. Trabalhamos em três grandes centros hospitalares na cidade de São Luís do Maranhão, com uma equipe multidisciplinar com vasta experiência e altamente qualificada.

Com a experiência acumulada em anos dedicados nas intervenções cirúrgicas por vídeolaparoscopia, nosso Instituto também proporciona uma constante renovação e ensino médico a vários colegas de nossa sociedade. Nossos resultados estão publicados em artigos científicos de diversos jornais e revistas do maior prestígio na comunidade cirúrgica mundial, e também apresentados nos mais relevantes Congressos Nacionais e Internacionais.

Contamos com uma equipe multidisciplinar envolvendo cirurgiões, endoscopistas, endocrinologistas, gastroenterologistas, nutricionistas, psicólogos e outros especialistas. Esperamos que esta cartilha seja útil a você, com informações baseadas em conhecimento científico e na nossa experiência com o tratamento cirúrgico da obesidade e síndromes metabólicas.

PROF. DR. OZIMO GAMA

SUMÁRIO

ENTENDENDO A OBESIDADE	05
COMO SABER SE UMA PESSOA É OBESA	05
PRINCIPAIS CAUSAS DA OBESIDADE	06
DOENÇAS ASSOCIADAS COM A OBESIDADE	07
QUANDO OPERAR?	09
QUEM PODE SER OPERADO?	09
CONTRA INDICAÇÕES DA CIRURGIA	10
TIPOS DE CIRURGIAS	11
CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	15
MOTIVOS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA	17
QUERO OPERAR – O QUE DEVO FAZER?	17
COMO SE PREPARAR PARA A OPERAÇÃO	20
NO DIA DA OPERAÇÃO – BLOCO CIRÚRGICO	20
O QUARTO, DEPOIS DA OPERAÇÃO	22
PROBLEMAS RELACIONADOS AOS PRIMEIROS DIAS EM CASA	23
CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO	24
RISCOS ESPECÍFICOS DA OPERAÇÃO	24
DÚVIDAS QUE PODEM SURTIR AO DEIXAR O HOSPITAL	25
RECOMENDAÇÕES	26
DICAS PARA O SUCESSO DA SUA OPERAÇÃO	31
MITOS E VERDADES SOBRE A CIRURGIA DE OBESIDADE	32

ENTENDENDO A OBESIDADE

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura no corpo, que ocorre quando a oferta de calorias é constantemente maior que o gasto de energia corporal resultando em sérios prejuízos à saúde. Pré-disposição genética, dieta inadequada, fatores metabólicos e sociais são quase sempre encontrados nessa população.

Atualmente, a obesidade atinge 600 milhões de pessoas em todo o mundo, 30 milhões somente no Brasil. Se incluirmos os indivíduos com sobrepeso, esse número aumentaria para 1,9 bilhão de pessoas, sendo 95 milhões de brasileiros, com tendência a um cenário pior para os próximos anos (Organização Mundial da Saúde - OMS - 2012). Estima-se que, em 2015, existirão 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos no mundo inteiro.

A obesidade não deve ser tratada apenas como um problema estético ou social, mas como uma entidade que pode causar sérios problemas à saúde e favorecer o aparecimento de diabetes, hipertensão arterial, aumento do colesterol, distúrbios graves osteoarticulares, dentre outras.

5

COMO SABER SE UMA PESSOA É OBESA?

Para determinar se uma pessoa é obesa, deve-se utilizar uma fórmula para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) cujo resultado é obtido dividindo-se a massa corporal do paciente (peso) pela sua estatura (em metros) elevada ao quadrado.

CÁLCULO IMC

Entre 18,5 e 24,9

Entre 25,0 e 29,9

Entre 30,0 e 34,9

Entre 35,0 e 39,9

Entre 40,0 e 49,9

Acima de 50

SITUAÇÃO

Você está em seu peso normal

Você está acima de seu peso (sobrepeso)

Obesidade grau I

Obesidade grau II

Obesidade grau III (ou obesidade mórbida)

Super obesidade mórbida

PRINCIPAIS CAUSAS DA OBESIDADE

Obesidade é uma doença de causa multifatorial que ocorre devido a uma interação de fatores genéticos, ambientais e emocionais, além do estilo de vida da pessoa.

1. Ingestão Excessiva de Alimentos

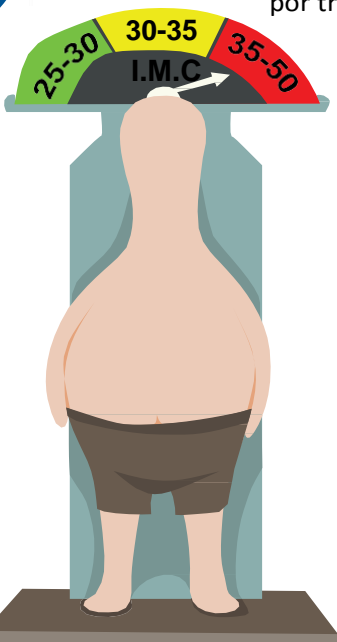
Os hábitos de vida Contemporâneo favorecem o consumo exagerado de alimentos de alto valor calórico, mas com pobre qualidade nutricional. Essa ingestão excessiva também pode ser desencadeada por transtornos de compulsão alimentar.

2. Falta de Exercícios Físicos

O sedentarismo é outra causa indutora da obesidade, sendo necessário incluir exercícios físicos regulares na rotina diária. Os confortos da vida moderna, como o uso de controles remotos, elevadores, automóveis, escadas rolantes e etc, diminuem o gasto energético.

3. Fator ftenético

Pesquisas mostram uma relação entre herança genética e obesidade: pais com peso dentro da normalidade têm em



média 10% mais chances de seus filhos serem obesos; quando um dos pais é obeso, 50% dos filhos certamente o serão e, quando ambos os pais são obesos, esse valor pode subir para 80%.

4. **Disfunções Hormonais**

Alterações nas funções das glândulas tireóide, suprarrenais e do hipotálamo também podem provocar a obesidade.

DOENÇAS ASSOCIADAS COM A OBESIDADE

Deve-se desmistificar a figura do “gordo feliz”, já que obesidade é fonte de vários tipos de problemas, não somente estéticos, mas distúrbios graves que afetam diretamente a saúde do indivíduo.

Esses problemas podem aparecer precocemente, de modo que associado ao excesso de peso já exista uma repercussão negativa no funcionamento do organismo, por exemplo, cansaço, dificuldade de locomoção, aumento dos níveis de colesterol ou dor nas pernas.

Se o sobrepeso é evidente, deve-se recorrer ao endocrinologista para avaliar a possibilidade de instituição de um tratamento adequado, mediante dieta e/ou medicação específica. Em todos os casos, devemos tomar medidas para corrigir essa tendência de ganhar peso.

As principais doenças – comorbidades - que podem ser provocadas ou agravadas pela obesidade são:

- **Problemas Articulares**

O excesso de peso causado pelo acúmulo de gordura sobrecarrega todo o organismo, e em particular afeta a coluna vertebral, pois pressiona as vértebras, podendo ocasionar hérnia de disco. É frequente o paciente apresentar dor na coluna e nas articulações dos membros inferiores, como joelhos e tornozelos.

- **Hipertensão Arterial**

O excesso de peso corporal está diretamente relacionado com a hipertensão arterial. Também, hábitos não saudáveis, como sedentarismo e consumo exagerado de alimentos industrializados ricos em sal, ajudam a aumentar os níveis de pressão arterial e, conseqüentemente, riscos elevados de cardiopatias (doença coronariana, infarto do miocárdio). Estudos têm demonstrado que a redução do índice de massa corpórea providenciada pela cirurgia bariátrica tem impacto significativo na diminuição da circunferência abdominal, na pressão arterial, na frequência cardíaca e no nível de colesterol ruim (LDL), e promove aumento do bom colesterol (HDL).

- **Diabetes**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), mais de 246 milhões de pessoas (cerca de 6% da população adulta mundial) sofrem de Diabetes. No Brasil, estima-se que 11 milhões tenham a doença. A epidemia de Diabetes tipo 2 está associada diretamente à obesidade, pois estresse, hábitos alimentares não saudáveis e vida sedentária estão entre as principais causas. Pessoas com excesso de peso têm risco de desenvolver Diabetes, três vezes mais que pessoas com peso ideal.

- **Problemas Respiratórios**

A apnéia do sono apresenta-se com maior intensidade nos indivíduos obesos ou super obesos, e se manifesta como um forte ronco seguido de rápida parada na respiração, determinando má qualidade de sono, falta de descanso e sonolência excessiva durante o dia, causando irritabilidade emocional.

• Outros Problemas

A condição de obesidade grave está associada a outros problemas de saúde, como elevação dos níveis de colesterol e triglicérides (chamada dislipidemia), risco aumentado de embolia pulmonar por alterações da coagulação sanguínea, incontinência urinária, transtornos hormonais do tipo menstrual em mulheres, e até câncer uterino, de mama, intestino grosso e outros órgãos. Deficiências de vitaminas e minerais também podem estar presentes na obesidade. Distúrbios de natureza psicológica que afetam diretamente o indivíduo, sua auto-estima, insegurança e um numeroso quadro de doenças, de difícil tratamento, surgem no paciente obeso.

QUANDO OPERAR?

A primeira recomendação para o tratamento da obesidade é a adoção de hábitos saudáveis, como dieta leve e exercícios físicos regulares. Em seguida, tenta-se controlar a doença com medicamentos conhecidos como emagrecedores. Quando o médico e o paciente se convencem de que se esgotaram as possibilidades com esse tipo de tratamento, uma alternativa eficaz é a cirurgia bariátrica e metabólica.

Também, quando a obesidade traz prejuízos à saúde e o tratamento clínico se mostra ineficaz, o tratamento cirúrgico deve ser considerado.

O método é conhecido popularmente como “redução de estômago”. Existem vários tipos de cirurgias disponíveis e cabe ao médico apresentá-los ao paciente e recomendar o mais apropriado e seguro, de acordo com o seu perfil de doença.

O tratamento cirúrgico deve ser sempre secundário ao tratamento clínico. E, é imprescindível que antes de se submeter ao procedimento cirúrgico, o paciente seja cuidadosamente avaliado

por um endocrinologista, descartando problemas relacionados a hormônios, como por exemplo, os produzidos na tireóide. Da mesma forma, deverá ser avaliado do ponto de vista psicológico e nutricional.

QUEM PODE SER OPERADO?

Conforme as recomendações médicas, a indicação cirúrgica deve ser decidida observando a análise de três critérios: IMC, idade e tempo da doença.

- **Em Relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC)**

- IMC acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades.
- IMC entre 35 e 39,9 kg/m² na presença de alguma comorbidade.
- IMC entre 30 e 34,9 kg/m² na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” realizada por um médico especialista na respectiva área da doença. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.

- **Em Relação à Idade**

- Entre 16 e 18 anos: sempre que houver indicação e consenso entre a família ou o responsável pelo paciente e a equipe multidisciplinar.
- Entre 18 e 65 anos: sem restrições quanto à idade.
- Acima de 65 anos: avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

- **Em Relação ao Tempo da Doença**

Apresentar IMC e comorbidades em faixa de risco há pelo menos dois anos e ter realizado tratamentos médicos prévios. Além disso, ter tido insucesso ou recidiva do peso, verificados por meio de dados colhidos do histórico clínico do paciente.

CONTRA INDICAÇÕES DA CIRURGIA

Configuram condições adversas à realização de procedimentos cirúrgicos para o controle da obesidade:

- Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- Quadro clínico de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas. Quadro clínico psiquiátrico grave controlado não é contraindicação absoluta à cirurgia;
- Doenças genéticas.

TIPOS DE CIRURGIAS

As cirurgias diferenciam-se pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos da cirurgia bariátrica e metabólica, que podem ser feitos por abordagem aberta ou por videolaparoscopia (menos invasiva e mais confortável ao paciente):

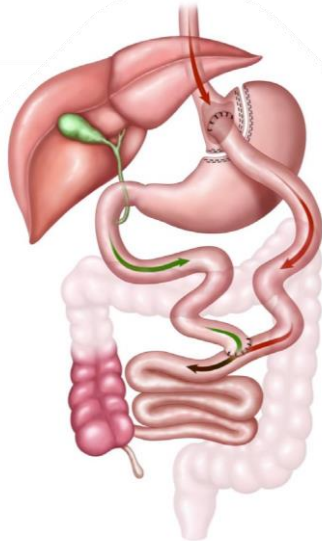
- Restritivos – que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar.
- Disabsortivos – que reduzem a capacidade de absorção do intestino.
- Técnicas Mistas – com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino, com discreta má absorção de alimentos.

No Brasil, são aprovadas quatro tipos diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica. O balão intragástrico não é considerado tratamento cirúrgico (ver comentário adiante).

- **Bypass Gástrico (Gastroplastia em Y de Roux ou Fobi-Capella)**

11

Estudado desde a década de 60, o bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 70% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial (Foto 1). Nesse procedimento misto, além da restrição mecânica representada pela redução gástrica que restringe ingestão alimentar há uma mudança na produção de hormônios que modulam a fome e a saciedade. Esse somatório entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que determina o emagrecimento, além de controlar o Diabetes e outras doenças, como a Hipertensão arterial.



Acreditava-se que a colocação de um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal retardaria o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos procedimentos. Atualmente, a literatura aponta para resultados benéficos semelhantes com ou sem anel. Complicações nutricionais

podem ser mais freqüentes com a colocação do anel.

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Trata também a doença do refluxo. São potencialmente reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas. Esse procedimento também apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de peso. Ocorrem modificações funcionais e hormonais do tubo digestivo, com efeitos benéficos adicionais sobre o controle ou reversão do Diabetes tipo 2, sendo uma boa indicação para esses pacientes.

12

DESVANTAGENS: tecnicamente mais complexa; acesso limitado ao estômago excluído e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; passíveis de complicações como deiscência de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

• **Banda Gástrica Ajustável**

Criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável representa menos de 5% dos procedimentos realizados no país. Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o bypass, essa técnica é segura e eficaz na redução de peso. Instala-se um anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta o órgão, tornando possível controlar o seu esvaziamento. O objetivo desta técnica é dificultar a entrada de alimentos no estômago, resultando numa perda de peso de 20% a 30%, sendo dependente da cooperação do paciente e dos tipos de alimentos ingeridos. Deve ser acompanhada de reeducação alimentar (Foto 2).

VANTAGENS: método reversível, pouco agressivo, permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. A sua retirada possibilita realizar outros

procedimentos bariátricos, com mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais. Permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais.

DESVANTAGENS: perda de peso que pode ser insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para alguns pacientes comedores de doce, portadores de esofagite

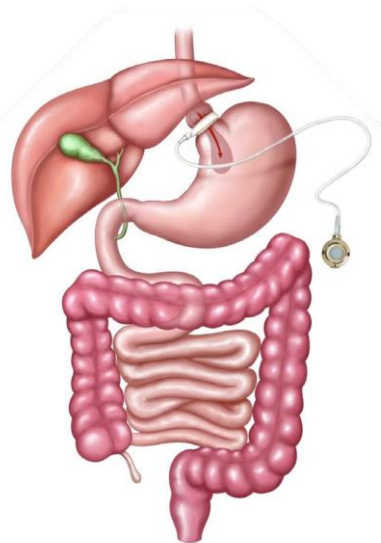
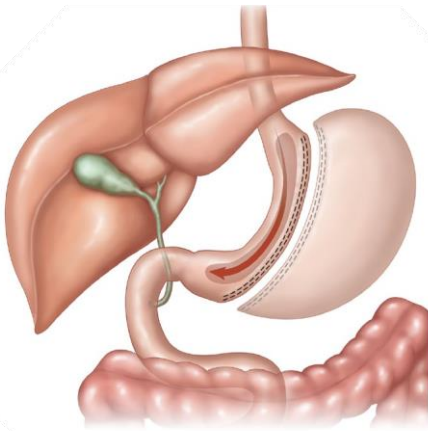


Foto 2. Banda Gástrica Ajustável

de refluxo e hérnia hiatal volumosa; possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intra-gástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

- **Gastrectomia Vertical (Sleeve)**

Gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia tubular ou gastrectomia sleeve) é um dos novos procedimentos bariátricos que tem recebido aceitação global, com bons resultados em múltiplos Centros Médicos em vários países. Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 mililitros a 100 mililitros. Funciona como uma restrição gástrica, com remoção de 70% a 80% do estômago, diminuindo a produção de uma substância chamada grelina (hormônio da fome). Deve ser realizada por equipes bem treinadas e suporte multidisciplinar adequado (Foto 3).



VANTAGENS: não exclui o duodeno do trânsito alimentar, portanto não interfere com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo

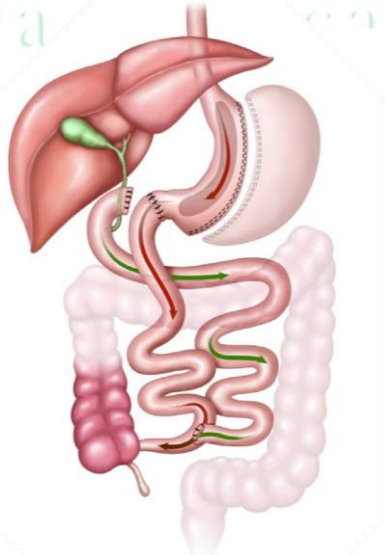
B. Também permite acesso às vias biliar e pancreática por métodos endoscópicos habituais.

DESVANTAGENS: método irreversível. Apesar de menor complexidade técnica, pode produzir complicações de alta gravidade e difícil tratamento, como a fístula junto a ângulo de Hiss (esôfago-gástrico). É um procedimento menos eficaz no controle do Diabetes tipo 2 quando comparado ao bypass gástrico.

Derivação Bileo pancreática (Duodenal Switch)

É a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago é retirado, porém a anatomia básica do órgão e fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, determinando emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a menos de 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial (Foto 4).

VANTAGENS: perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Apresenta bons resultados em termos de melhoria da qualidade de vida e doenças associadas. Apresenta efeitos metabólicos independentes da perda de



sua

peso.

DESVANTAGENS: tecnicamente muito complexa; passível de complicações como deiscências de suturas; maiores chances de deficiências protéicas e anemia, mais sujeita às complicações nutricionais e metabólicas. Pode apresentar alguns efeitos transitórios ou permanentes no pós-operatório, como desnutrição, fezes de forte odor e diarreias, pois essa operação privilegia a má absorção de alimentos.

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Minimamente invasiva e aplicável para todas as técnicas cirúrgicas, a videolaparoscopia representa uma das maiores evoluções tecnológicas da medicina. No tratamento da obesidade, as cirurgias do gênero se diferenciam da convencional, aberta (laparotomia), em função do acesso utilizado. Na cirurgia aberta, é feito um corte de 10 a 20 centímetros no abdômen do paciente, enquanto na videolaparoscopia são feitas de quatro a sete mini-incisões de 0,5 a 1,2 centímetros cada uma, por onde passam as cânulas e a câmera de vídeo.

Das quase 60 mil cirurgias bariátricas realizadas em 2010 no Brasil, 35% foram feitas por videolaparoscopia. A taxa de mortalidade média é de 0,23% – abaixo do índice de 1% estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) –, contra 0,8% a 1% da cirurgia aberta (laparotomia).

Em algumas situações, a cirurgia precisa converter a videolaparoscopia em cirurgia aberta. Essa decisão é baseada em critérios de segurança e só pode ser tomada durante o ato operatório.

Os principais benefícios da cirurgia laparoscópica são: **Menor tempo de cirurgia** – a Cirurgia Bariátrica por videolaparoscopia dura, em média, pouco tempo, algo entre 40 a 90 minutos. **Menos invasiva** – o cirurgião realiza de quatro a sete pequenas incisões de 0,5 a 1,2 centímetros. É necessário insuflar a cavidade abdominal com gás carbônico, a fim de criar

espaço suficiente para que o cirurgião possa trabalhar com o auxílio de uma videocâmera, cânulas, sonda, bisturi elétrico, grampeadores especiais e outros instrumentos de acesso. **Menor tempo de recuperação** – no pós-operatório, os benefícios são maiores: dor mínima por um dia ou quase inexistente (medida principalmente pela quantidade de analgésicos consumida pelo paciente), alta hospitalar precoce (48 horas) e retorno mais rápido às atividades laborais (7 a 10 dias). Na cirurgia aberta, o paciente fica internado por três dias e leva de 30 a 50 dias para voltar à rotina. **Menores riscos** – a videolaparoscopia ainda oferece menor risco de infecções. Também, após o primeiro ano de cirurgia, a incidência de hérnia nas miniincisões ocorre em apenas 2% a 3% dos pacientes. Na cirurgia aberta, cerca de 30% desenvolvem hérnia no corte (incisional).

Balão INTRAGÁSTRICO

Reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de uma prótese de silicone. O balão fica solto dentro do estômago do paciente visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade precoce após comer. O balão é preenchido com 500 mL do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de alguns pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²). A grande vantagem da colocação do balão é que não exige hospitalização, sendo feita por endoscopia digestiva alta. Entretanto, muitos pacientes têm náuseas, vômitos e uma sensação contínua de peso, levando a sua retirada antes dos seis meses. A perda de peso depende muito de mudanças imediatas no hábito alimentar. Normalmente ocorre perda de 10% a 15% do excesso de peso em seis meses, sendo mais elevada nos primeiros meses. Seu principal problema é o efeito ioiô depois da remoção do balão, com consequente recuperação do peso perdido dentro de 4-5 meses.

MOTIVOS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA

Estudos mostram que existe risco muito maior do paciente morrer por complicações clínicas relacionadas à obesidade do que com a realização do procedimento cirúrgico. Estatísticas mostram que, na faixa dos 25 aos 35 anos, a taxa de mortalidade dos grandes obesos, com o dobro ou mais do peso ideal, é 12 vezes maior do que na população em geral. Essas pessoas morrem mais cedo porque acabam desenvolvendo doenças decorrentes da obesidade. É raro encontrar um grande obeso que chega aos 70 anos de idade.

Publicações científicas do ano de 2009, informam que a mortalidade por cirurgia bariátrica laparoscópica foi de 0,3%. Demonstram que o risco de morte em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica é 35% menor do que naqueles obesos (com IMC > 35 Kg/m²) que seguem tentando realizar apenas o tratamento clínico (medicamentoso).

Os benefícios da cirurgia bariátrica e metabólica são perda de peso, **17** remissão das doenças associadas à obesidade (como diabetes e hipertensão), diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida. Os riscos são os mesmos de outras cirurgias abdominais. Por essa razão, deve ser feita em hospital com estrutura adequada e por médicos cirurgiões associados à Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e que pratiquem os procedimentos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

QUERO OPERAR – O QUE DEVO FAZER?

Marque uma consulta. Em uma consulta médica detalhada, você será avaliado se preenche os critérios para a cirurgia da obesidade. É necessária uma rigorosa avaliação pré-operatória, para evitar risco desnecessário.

No pré-operatório, o paciente deve realizar uma série de exames, como endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais, além de passar por consulta obrigatória com o cirurgião, endocrinologista, cardiologista, psiquiatra ou psicólogo, nutricionista e anesthesiologista. Outros profissionais, como pneumologista e ortopedista, também podem ser consultados antes da operação.

O preparo pré-operatório otimiza a segurança e os resultados da cirurgia. É solicitado ao paciente que se esforce para perder peso antes da operação, pois alguns quilos a menos podem oferecer melhores condições à anestesia geral e à operação. Nessa fase, também é obrigatório o preenchimento do documento “Consentimento Informado”, no qual o paciente dá ciência ao médico de estar devidamente informado sobre os benefícios e riscos da cirurgia, além da oportunidade de esclarecer dúvidas.

Antes da internação, deverá acontecer uma consulta pré-anestésica. Ela serve para o anesthesiologista conhecer e avaliar o paciente, rever seus exames, planejar o ato anestésico, com a finalidade de prevenir problemas durante o ato operatório. Esse procedimento possibilita ao especialista conhecer eventual histórico de cirurgias, alergias e reações à aplicação de drogas. Além disso, permite ao paciente conhecer a equipe e esclarecer todas as suas dúvidas.



PERGUNTE AO SEU CIRURGIÃO

Mais importante do que saber se você será operado por cirurgia aberta ou por laparoscopia, é escolher corretamente o seu cirurgião. É nele em quem depositamos nossa confiança e, portanto, as nossas vidas. Você deve se dirigir ao seu cirurgião sem medo de interrogatório. As perguntas a um bom profissional não irão incomodá-lo e nem representam sinal de desconfiança por parte de pacientes que sofrem da obesidade. Todos os cirurgiões sabem que um paciente bem informado trabalha para o sucesso final da intervenção e tranquiliza a equipe cirúrgica. Entre as muitas perguntas que você precisa fazer, se destacam por sua importância como segue: **Quando o cirurgião começou a fazer a operação que ele se propõe realizar?** Uma operação nova e recente pode não ser a mais adequada, pois se desconhecem seus resultados e seus problemas ao longo dos anos. É melhor que o cirurgião realize uma operação já consolidada, pois as chances de sucesso em longo prazo serão maiores. **Quantos pacientes esse cirurgião já operou?** A cirurgia é uma técnica manual e quanto o cirurgião a realiza, melhor e mais perfeito será seu resultado. Não se obtém os mesmos resultados fazendo menos de trinta operações por ano em vez de cem. Em uma condição tão freqüente, complexa e difícil como é a obesidade, deve-se procurar um cirurgião que realiza, pelo menos, cinquenta operações por ano. **Qual o hospital onde a cirurgia vai ser feita?** A cirurgia da obesidade é uma operação difícil e complexa e que envolve vários profissionais, exigindo uma excelente estrutura hospitalar. É importante a presença de uma unidade de cuidados intensivos e também de serviços de apoio, como radiologistas e endoscopistas experientes neste tipo de procedimento. **O cirurgião trabalha em equipe?** O sucesso da cirurgia da obesidade é diretamente proporcional a experiência da equipe. Uma equipe deve ser multidisciplinar, envolvendo não apenas a equipe de cirurgiões, mas também endocrinologista, cardiologista, psiquiatra ou psicólogo, pneumologista e nutricionista.

COMO SE PREPARAR PARA A OPERAÇÃO

Para o sucesso de sua operação, um pré-operatório adequado se torna

fundamental. Após marcação da data da operação, você receberá instruções da dieta e jejum antes de internar. ***Também, você será instruído para levar ao hospital uma meia elástica específica para prevenção de trombose venosa e um dispositivo plástico para fisioterapia respiratória do tipo Respirom®.*** Na véspera da cirurgia, ou seja, na tarde anterior ao dia da operação, deverá ser aplicada uma dose de uma injeção para prevenção de trombose e embolia pulmonar. Não deverá fazer “nenhuma despedida dos prazeres da comida”, devendo-se alimentar apenas de líquidos. Se a operação está agendada para o início da manhã, o jejum deve ser iniciado a partir das 22 horas do dia que antecede a operação.

BLOCO CIRÚRGICO

20

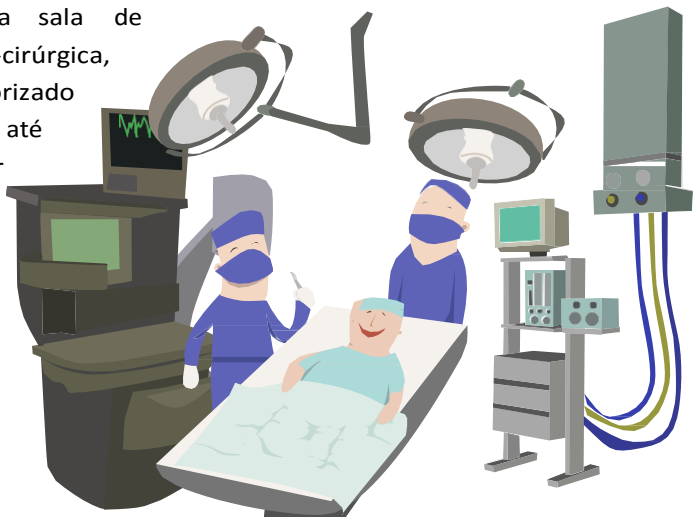
No dia da operação, não é permitido comer alimentos sólidos ou que contenha leite e seus derivados. Até quatro horas antes de chegar ao hospital, líquidos como água, chás, sucos sem leite, Gatorade, água de coco, café e chá estão liberados. Faltando quatro horas para internação, o jejum deve ser absoluto. Deve se dirigir ao Hospital com um acompanhante para ser internado no mínimo uma hora antes do horário previsto para a cirurgia, munido de seus documentos pessoais, do convênio, carta de internação e de **TODOS OS EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS**. Você deverá se dirigir ao Setor de Internação hospitalar, onde receberá todas as informações. Em seguida, será conduzido ao bloco cirúrgico onde a equipe médica deverá estar aguardando a sua presença. Evite entrar no bloco cirúrgico usando anéis ou objetos metálicos. Lá você receberá uma roupa apropriada e seus pertences serão entregues para o acompanhante. Será conduzido à sala de operação por uma enfermeira e por membros da equipe médica.

Indução Anestésica- nessa etapa, o paciente recebe os primeiros medicamentos para o início da cirurgia. Já dentro do Centro Cirúrgico, o médico punciona uma veia, são ligados aparelhos que irão controlar os parâmetros vitais, é administrado oxigênio sob máscara e são aplicados medicamentos para o paciente dormir. Em seguida, é feita a entubação orotraqueal, que consiste na introdução de um tubo plástico na traqueia do paciente, ao qual será conectado ao aparelho de anestesia. É por esse tubo que ele respirará e receberá os gases anestésicos durante a operação, sempre conduzido pelo anestesista.

Fase Transoperatória – enquanto o paciente está sendo operado, ele recebe um fluxo constante de gás anestésico e oxigênio. Também são administradas quantidades de soro adequadas para manter estável a pressão arterial e o perfeito funcionamento dos rins. Por essa razão, muitos pacientes costumam urinar bastante no pós-operatório.

Recuperação Pós-Anestésica - é a fase de despertar do paciente após a cirurgia, quando a inalação de gases anestésicos é suspensa e inicia-se a fase de recuperação. Essa fase quase sempre ocorre na Sala de Recuperação do Centro Cirúrgico, com duração de duas a três horas. Raramente o paciente é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cabendo ao anestesista e ao cirurgião decidirem o local mais adequado para cada paciente permanecer no pós-operatório imediato.

Após a operação, o cirurgião irá dialogar com os familiares e o paciente permanece por duas a três horas na sala de recuperação pós-cirúrgica, onde será monitorizado por aparelhos até seu despertar seguro. Esta é uma medida de segurança antes de ser transferido para o quarto.



O QUARTO, DEPOIS DA OPERAÇÃO



Na sua acomodação, você receberá as primeiras informações da enfermeira do andar, que vai monitorar os sinais vitais, como a temperatura, pressão arterial, pulso, etc. Caso tenha algum tipo de dreno, a enfermeira irá anotar a quantidade drenada nas primeiras horas. No primeiro dia, você não poderá sair da cama sem a permissão do médico, mas poderá se mover esticando as pernas e dobrando os joelhos. Se você precisar urinar, chame a enfermeira que lhe dará um recipiente apropriado para que não necessite levantar-se da cama. Caso queira usar o banheiro, poderá se levantar, mas sempre deverá estar acompanhado. Neste dia, é melhor dormir de barriga para cima, mas não está proibido virar-se de lado. Ao se levantar pela primeira vez, você deverá sentar-se na beira da cama e só depois se levantar. Se você se levantar de repente, poderá sentir tonturas. Procure apoiar-se em uma pessoa. Nas primeiras 24 horas você poderá sentir dor no abdome superior e náuseas, normalmente aliviadas por analgésicos e medicamentos para vômito.

No dia seguinte, terá início a alimentação oral, começando com líquidos. Nas primeiras 48 horas após a operação, ocorrerá uma sensação de plenitude e de peso no estômago, devida à redução realizada. O apetite também ficará muito diminuído. Se o líquido for ingerido rapidamente ou em quantidade maior que a suportada pelo novo estômago, poderá ocorrer dor no peito e no ombro esquerdo, além de soluços. Para evitar este problema é aconselhável beber ou comer alimentos vagarosamente, parando no momento em que se sinta saciado.

PROBLEMAS RELACIONADOS AOS PRIMEIROS DIAS EM CASA

Ao deixar o hospital, você receberá um relatório da cirurgia praticada, a lista de medicamentos, a dieta da nutricionista, atestados médicos e telefones de contato para eventuais dúvidas.

As feridas operatórias deverão estar cobertas por uma fita microporosa (Micropore®). Não é necessário trocá-las todos os dias. A higiene local deve ser realizada com banhos diários de água e sabão neutro. É considerada normal a saída pela ferida operatória de pequena quantidade de secreção clara ou sanguinolenta nos primeiros dias. Coloque apenas um curativo com gaze protegendo o local. Não use pomadas ou outros produtos, a não ser que haja recomendação médica. Dor intensa na ferida operatória, acompanhada por vermelhidão, inchaço e calor no local, pode indicar processo inflamatório. Procure o Serviço de Urgência do Hospital onde foi operado para uma avaliação médica e comunique ao seu médico assistente. **23**

Nos primeiros quatro dias você poderá apresentar dor abdominal difusa, não muito intensa, semelhante a dor sentida no hospital, mas de menor intensidade. Use apenas a medicação que foi prescrita. Você pode ter dor na base do tórax (peito) ao respirar profundamente, que melhora com a fisioterapia pulmonar. Use o aparelho que a fisioterapeuta recomendou no hospital (Respiron®). Não tem porque vomitar ou sentir dor no estômago. Se isso ocorrer, geralmente é porque está comendo muito rápido ou mais do que a capacidade do estômago reduzido.

Sinais de alerta: febre, dor abdominal de forte intensidade, vômitos repetitivos, falta de ar, sensação de desmaio, dor nas pernas. Na presença desses sinais, ligue imediatamente para a equipe médica e/ ou procure o Pronto Socorro do hospital onde você foi operado.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Após 7 a 10 dias da operação, o paciente deverá retornar ao consultório de seu cirurgião para consulta de controle e avaliação de sua recuperação. Até este período, não é conveniente dirigir automóvel. Neste período deverá usar a meia elástica, retirando-a apenas durante o banho. Depois da cirurgia, todos os pacientes bariátricos precisam de um acompanhamento especializado, que envolve avaliações permanentes, exercícios físicos, cuidados nutricionais minuciosos e apoio psicológico. Após esta primeira revisão, serão agendadas revisões bimestrais durante o primeiro ano. No segundo ano, as revisões passam a ser trimestrais e, após esse período, a cada seis meses até o 5º ano. Finalmente, as avaliações passam a ser anuais até se completarem dez anos de acompanhamento. Eventualmente, recomendamos algumas vitaminas como complementação àquelas ingeridas na dieta para os pacientes que uso de medicação para controle de diabetes, hipertensão e por aumento do colesterol tenha que ser revisto ou até suspenso com a redução do peso.

RISCOS ESPECÍFICOS DA OPERAÇÃO

Toda pessoa que pretende se submeter ao tratamento cirúrgico desse porte tem que estar ciente dos riscos e conseqüências. Alguns destes riscos são graves e você deverá discuti-los com seu cirurgião. Muitas das complicações podem ser diminuídas por medidas de prevenção, com o paciente e equipe médica atuando em conjunto. ***Um dos graves***

problemas é a formação de coágulos sanguíneos nas pernas, causando trombozes e embolias. Isso muitas vezes acontece em consequência do longo tempo que o paciente permanece acamado. Assim, tão logo que possível, ele deverá levantar-se da cama e caminhar. O uso adequado de meias elásticas e de medicação anti-trombose também auxiliam na prevenção dessa grave complicação. ***Outros problemas que podem ocorrer durante ou logo após a cirurgia de bypass gástrico são: lesões de órgão durante a cirurgia, como o estômago e intestino, hemorragias, vazamento através dos grampos no estômago ou intestino logo após a cirurgia (isso pode exigir uma cirurgia de emergência), infecções e obstruções no trânsito intestinal.*** Os riscos ou problemas tardios que podem ocorrer são: úlceras e estreitamento das anastomoses (locais de emendas no estômago e intestino), hérnias, aderências intestinais, anemias, deficiências de vitaminas e minerais. A formação de pedras nos rins e vesícula biliar pode ocorrer se a perda de peso for muito rápida. Gastrite, azia, vômitos após comer mais do que o novo estômago pode conter, má nutrição, e síndrome de *Dumping* são outras intercorrências. Daí a importância de fazer o acompanhamento com nutricionista nos anos seguintes da operação.

DÚVIDAS QUE PODEM SURTIR AO DEIXAR O HOSPITAL

25

Quando posso dirigir?

Mesmo que você se sinta muito bem, sem dor, parecendo que não foi operado, é aconselhável não dirigir durante a primeira semana após deixar o hospital. Não faça viagem longa até pelo menos 15 dias, após estar tolerando normalmente os alimentos.

Posso dormir de lado?

Sim. Você pode dormir de lado desde que não tenha drenos abdominais. Normalmente estes drenos são retirados antes de receber alta hospitalar.

Entretanto, evite dormir de bruços na primeira semana de operado.

Se tiver um resfriado, gripe ou infecção, que antibióticos ou medicação posso tomar?

Após os primeiros sete dias da cirurgia, você pode tomar qualquer antibiótico ou medicação prescrito por um médico. Só tenha o cuidado de não engolir cápsulas, e os comprimidos devem ser esmagados antes de ingerir. Na dúvida, ligue para seu médico.

Quando posso manter relações sexuais novamente?

Relação sexual pode ser retomada quando você se sentir bem. Aconselhamos no mínimo duas semanas após a operação. Se você é uma mulher, após o primeiro mês ocorre um aumento da atividade hormonal e melhoria do ciclo de ovulação. Daí o risco de engravidar após o primeiro mês da cirurgia. Procure seu ginecologista. Se você deseja engravidar, é melhor esperar 18 meses.

Posso praticar esportes?

Você pode praticar esportes sem impacto desde o primeiro mês de operado. Caminhadas são aconselhadas a partir da primeira semana, com cuidado de se hidratar frequentemente. Normalmente, a partir do segundo mês, é aconselhável uma prática de atividade física sob orientação.

RECOMENDAÇÕES

Acompanhamento Nutricional

O nutricionista tem papel fundamental no acompanhamento do paciente rumo à cura da obesidade. Esse profissional deverá prestar toda a orientação necessária para a dieta líquida pós-operatória, sua evolução para a pastosa e, finalmente, sua transição definitiva para a alimentação normal. O paciente deverá aprender a comer pouco e bem, várias vezes ao dia, e optar por alimentos pouco calóricos e com alto teor vitamínico, abandonando hábitos

nocivos. A reeducação alimentar ajudará não só a perder peso, mas também a mantê-lo em patamares adequados por toda a vida. O paciente não está proibido de consumir doces, refrigerantes ou outras guloseimas de vez em quando, porém esses alimentos não devem fazer parte de sua rotina e a quantidade devida ser controlada.

Acompanhamento Psicológico

O foco do acompanhamento psicológico deve ser sempre preventivo e educativo. É necessário considerar o aparecimento de novos fatores de estresse, como ansiedade, ciúmes do parceiro, desejo de liberdade, etc., após a cirurgia. Além disso, o paciente pode criar expectativas que não serão atingidas com a perda de peso.

Atividade Física

É de fundamental importância para os pacientes que passam por uma cirurgia bariátrica o encaminhamento à prática de atividades físicas logo que estejam liberados pela equipe médica responsável. Esse prazo é de aproximadamente 30 dias após a cirurgia. O paciente deve realizar uma avaliação física completa, incluindo uma consultoria quanto ao tipo de atividade física mais indicada, bem como quanto à intensidade, volume e frequência da mesma. Esse é o ponto de partida antes de iniciar o seu programa de exercícios personalizados, respeitando as limitações e prioridades de cada paciente. Entre as atividades mais indicadas estão a hidroginástica e musculação.

DICAS DA NUTRICIONISTA

A conduta nutricional após a cirurgia bariátrica tem como objetivo principal melhorar a qualidade de vida por meio da perda de peso e da busca pelo bem estar físico e emocional. A nutrição tem um papel importante porque a quantidade e o tipo de alimentos a serem consumidos devem ser limitados devido ao tamanho reduzido do estômago ou da área de absorção. A função do nutricionista é também orientar os pacientes quanto à seleção de alimentos que contenham os nutrientes mais saudáveis e que estejam adequados às necessidades de cada indivíduo, para que a rápida perda de peso não leve à desnutrição.

DICAS PARA O SUCESSO DA SUA OPERAÇÃO

A maioria das pessoas perde cerca de quatro a oito quilos por mês no primeiro ano após a cirurgia. Você irá perder peso mais rapidamente nos primeiros meses. Ao longo do tempo essa perda irá diminuindo e seu organismo encontrará equilíbrio com seu peso mais adequado. Você pode perder metade ou mais de seu peso extra nos primeiros dois anos. Pesando menos, se torna muito mais fácil para você se movimentar e fazer atividades diárias.

A cirurgia da obesidade é uma condição importante no tratamento da obesidade. Entretanto, só a cirurgia não é suficiente para você se manter em um peso ideal. Para alcançar o sucesso, você também precisa programar mudanças importantes na sua dieta e no seu estilo de vida. Portanto, pacientes que constantemente programam essas mudanças após a cirurgia, desfrutam de uma taxa de sucesso muito elevada e a menor chance de complicações. Assim:

- Adote uma dieta saudável, rica em proteínas

- Coma três pequenas e saudáveis refeições por dia
- Evite excesso de lanches e petiscos
- Tente evitar alimentos ricos em açúcar, amido e alto teor de gordura
- Faça exercícios aeróbicos pelo menos três vezes por semana
- Faça controle periódico com sua nutricionista, pois ela vai avaliar a necessidade de suplementos vitamínicos e minerais.
- Siga os controles médicos programados, fazendo regularmente os exames de sangue para monitorar seu estado de saúde.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Tomar a decisão de fazer a cirurgia bariátrica não é nada fácil, mas após várias tentativas de emagrecer e se manter no peso ideal sem sucesso, a cirurgia de redução de estômago parece ser uma luz no fim do túnel. Assim que a decisão é tomada, o paciente recebe orientação para procurar vários profissionais para iniciar o processo de avaliações pré-operatórias. Dentre os profissionais indicados, o psicólogo. Surge então, a pergunta: psicólogo para quê?

Muitas pessoas comem porque estão tristes. Outras porque estão felizes e precisam comemorar. Há os que comem por estarem ansiosos e ainda há aqueles que comem sem nem saber o porquê. Em todos esses casos, a comida ocupa um lugar que não deveria ocupar. A função da avaliação psicológica é justamente fazer o paciente se conhecer melhor para que possa entender os fatores que o levaram à obesidade. Esse processo de autoconhecimento será por meio de entrevistas e testes de personalidade avaliativos. A partir daí é que o psicólogo pode avaliar se o paciente está preparado para lidar com as mudanças que deverão acompanhá-lo pelo resto da vida. Novos hábitos alimentares, necessidade de atividade física regular, imagem corporal se modificando... é muita mudança de uma só vez!

Depois da cirurgia, é fundamental que o paciente continue o acompanhamento psicológico a fim de evitar problemas como

depressão, alcoolismo, compulsão para compras, sexo, internet, comportamento bulímico e anoréxico, ganho de peso, dentre outros. A cirurgia deve ser o ponto de partida para uma vida muito mais saudável e feliz, com ganho de saúde, autoestima, qualidade de vida. Para que isso ocorra, paciente e profissionais envolvidos devem caminhar sempre juntos, lado a lado, tornando possível saborear cada momento dessa vida nova que se inicia após a cirurgia bariátrica!

MITOS E VERDADES SOBRE A CIRURGIA DE OBESIDADE

Em um ano de pós-operatório, o paciente normalmente engorda?

Mito. Na maioria dos casos, o ganho de peso ocorre quando o paciente não assume hábitos saudáveis, como a adoção de dieta menos calórica e mais nutritiva e a prática de exercícios físicos regulares.

Perde-se mais peso nos primeiros seis meses?

Verdade. A perda mais significativa de peso ocorre nos primeiros seis meses. Daí a importância de o paciente seguir com disciplina as recomendações médicas nessa primeira etapa do pós-operatório.

Quem faz a cirurgia bariátrica fica propenso ao alcoolismo, uso de drogas ou comportamento compulsivo para compras?

Mito. Não existe nenhuma evidência científica de que, no pós-operatório, o paciente comece a ter tendência ao alcoolismo ou ao uso de drogas. Quanto à compulsão por compras, pode-se evitar um comportamento desse tipo por meio de acompanhamento psicológico. A evolução histórica das cirurgias mostra que o paciente, ao perder peso, resgata a autoestima e por isso passa a ter prazer em adquirir roupas e outros produtos de uso pessoal.

Depois da operação, vou ficar careca?

Mito. Cerca de 70% dos pacientes sofrem de queda de cabelo após a

cirurgia bariátrica. Esse processo geralmente ocorre entre o 3º e 7º mês de pós-operatório e isso acontece devido à carência de proteínas e outros nutrientes. Depois dessa fase, gradualmente ocorre uma renovação da raiz do cabelo.

A mulher pode engravidar no pós-operatório?

Verdade. A paciente é liberada para engravidar após 18 meses de pós-operatório. Durante esse período, recomenda-se a anticoncepção. No entanto, os anticoncepcionais orais (pílulas) podem não ser completamente eficazes, daí a necessidade da consulta com seu ginecologista.

A depressão é uma consequência comum para quem faz a cirurgia?

Mito. Não existe uma tendência. Se o paciente ficar deprimido, isso pode ocorrer devido a fatores desconhecidos, que devem ser investigados por psicólogo ou psiquiatra.

Há tendência à anemia no pós-operatório?

Verdade. De fato isso ocorre. Entre os pacientes, as mulheres têm maior tendência à anemia, por causa da menstruação, perda de ferro e pouca presença de carne vermelha na dieta. Essa situação pode ser minimizada com a ingestão de alimentos ricos em ferro, ou, se necessário, com a utilização de suplementos vitamínicos.

Depois da operação, é comum a intolerância a leite?

Mito. Normalmente não há reações adversas ao consumo de leite e derivados. Esses alimentos são, inclusive, recomendados, sobretudo para as mulheres, como fontes de cálcio.

O apoio da família e à família é indispensável?

Verdade. Deve-se prestar toda a assistência e orientação à família do paciente, oferecendo o máximo de informações solicitadas e, quando necessário, também consulta psicológica. Os novos hábitos a serem adotados pelo paciente devem ser compartilhados e estimulados por todos que convivem com ele.

Durante a videolaparoscopia, há situações em que é preciso converter a cirurgia em procedimento aberto?

Verdade. Algumas situações exigem que o cirurgião converta a videolaparoscopia em procedimento aberto. Essa decisão é baseada em critérios de segurança e só pode ser tomada durante o ato operatório.



Progastro
clínica médica