

TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Este material tem o objetivo de levar até você uma alternativa de tratamento que pode mudar a sua vida!

A cirurgia bariátrica permite que pessoas com problemas sérios de obesidade tenham a chance de ter de volta a sua auto-estima, o seu bem-estar e, principalmente, a sua saúde, através da cirurgia.



OBESIDADE

A obesidade é hoje reconhecida como um problema de saúde importante, afetando uma crescente porcentagem da população adulta. O número e a variedade de dietas, os clubes e academias de ginástica, os centros de tratamento de obesidade com terapias alternativas, e o uso de drogas que diminuem o apetite testemunham a grande dificuldade que existe em perder peso. Muitas destas técnicas podem ter sucesso na perda de peso. Todavia, em pacientes com obesidade mórbida ou com IMC (Índice de Massa Corpórea) acima de 40, a manutenção do sucesso destas terapias é muito baixa a longo prazo.

O QUE É IMC ?

O **IMC - Índice de Massa Corpórea** é um número que permite a classificação dos diferentes tipos de obesidade. É obtido pela divisão do peso em kg, pela altura ao quadrado do paciente.

$$\text{IMC} = \text{Peso} : \text{Altura}^2$$

Veja o exemplo: dois pacientes com 100 kg de peso e alturas diferentes:

| | PACIENTE 1 | PACIENTE 2 |
|--------------------------|----------------|------------|
| PESO (kg) | 100 | 100 |
| ALTURA (m) | 1,53 | 1,83 |
| IMC (kg/m ²) | 42,7 | 29,9 |
| | Obeso grau III | Sobrepeso |

CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

| IMC | ATÉ 25 | ATÉ 30 | ATÉ 35 | ATÉ 40 | MAIOR QUE 40 |
|---------------|--------|-----------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| CLASSIFICAÇÃO | NORMAL | SOBREPESO | OBESIDADE LEVE (GRAU I) | OBESIDADE MODERADA (GRAU II) | OBESIDADE SEVERA (GRAU III) |

O QUE É OBESIDADE MÓRBIDA?

Você é obeso mórbido se tem IMC maior que 40 kg/m². O excesso de peso tem efeitos negativos sobre o organismo, e costuma ser melhor tolerado quando o paciente é mais jovem.

A obesidade mórbida causa ou acelera o desenvolvimento de doenças como diabetes, hipertensão, arteriosclerose, artrose, infarto do miocárdio, doenças

pulmonares, hérnias de diferentes tipos, formação de varizes nas pernas, doenças dermatológicas, câncer e infertilidade.

A obesidade mórbida também aumenta as complicações na gravidez, em cirurgias, e parece favorecer o aparecimento de câncer de intestino, além de mama e útero nas mulheres. Já foi verificado que pacientes com obesidade mórbida têm um risco de óbito várias vezes maior que outros pacientes da mesma faixa etária.

TRATAMENTO DA OBESIDADE

O tratamento da obesidade deve ser realizado por equipes multidisciplinares especializadas, com associação de adequações dietéticas, exercícios físicos e eventualmente, medicamentos.

Entretanto, se você é portador de obesidade mórbida, terá grande dificuldade de sucesso com esses tratamentos. Poucos são os que conseguem perder peso. Mesmo que consiga perder peso, não é uma perda sustentada, e após essa perda frequentemente há ganho de peso maior do que o peso perdido.

Em geral, poucos pacientes que deixam de ser obesos mórbidos com tratamento clínico conseguem se manter assim por mais de 1 ano, e menos de 0,1% passa de 5 anos com peso mais baixo.

Associado a isso, o risco de mortalidade por doenças metabólicas e cardiovasculares vai aumentando com o tempo e você vai acabar tendo muito mais riscos do que benefícios se tentar se manter apenas com tratamento clínico. Portanto, o tratamento clínico nesse grupo de pacientes não é o mais indicado.

O Ministério da Saúde, juntamente com as sociedades ligadas à cirurgia bariátrica fazem frequentes atualizações sobre as indicações e tipos de cirurgia autorizadas para tratamento da obesidade. São essas informações, juntamente com outras de ordem prática fornecida pela equipe do Instituto Pró-Gastro é que estarão neste material informativo.

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO - "BALÃO INTRAGÁSTRICO"



O balão intragástrico foi projetado para auxiliar na perda de peso corpóreo através do enchimento parcial do estômago induzindo à sensação de saciedade. É um dispositivo feito de silicone posicionado dentro do estômago através de endoscopia, e preenchido com 400 ml a 700 ml de líquido. Quando colocado no interior do estômago deixa o paciente uma sensação de saciedade. O paciente tem a impressão que já comeu o suficiente e que o estômago já está cheio.

Funciona como um bolo alimentar artificial e pode se mover livremente dentro do estômago. Você deve estar ciente que 6 meses após a colocação do

balão, ele deve ser retirado, também por endoscopia. Após a retirada do balão a restrição de volume alimentar deixa de existir. Por isso os hábitos alimentares devem ser corrigidos antes de sua retirada.

Para que os resultados sejam satisfatórios é necessário que o paciente seja submetido a um preparo para o procedimento e, principalmente, para as mudanças de hábito alimentar que precisam acontecer após a colocação do balão. Esse preparo tem que ser feito com auxílio de uma equipe de multidisciplinar especializada nessa área e com experiência para atender o paciente que realizou esse procedimento.

A colocação do balão é feita por endoscopia, sem cortes ou qualquer cirurgia. Demora cerca de 20 minutos e o paciente vai para casa após se recuperar da anestesia. Não é necessária internação hospitalar. Nos primeiros 2 ou 3 dias o paciente passa por um período de acomodação do balão no estômago, em que desconforto ou dor abdominal podem aparecer. Depois desse período retorna a uma vida absolutamente normal.

O ácido do estômago e os alimentos em contato com o balão vão enfraquecendo seu material e aumenta o risco de perfuração e esvaziamento, e o balão vazio pode migrar para o intestino, causando obstrução intestinal. Por isso deve ser retirado - também por endoscopia - após 6 meses de uso. Se for necessário mais tempo, o balão antigo pode eventualmente ser trocado por um novo.

Após a alimentação, o paciente irá sentir uma sensação de plenitude ou de saciedade mais rapidamente e isso o ajudará a se alimentar de uma maneira mais devagar e com menores quantidades de alimentos.

As grandes vantagens do Balão Intragástrico sobre outras maneiras de perder peso são:

- Não há necessidade de cirurgia ou de uso de medicações;
- Não há necessidade de afastamento das atividades diárias;
- Não há sensação de passar fome;
- Não há restrições para realização de atividades físicas;
- Apresenta bons resultados rapidamente;
- Praticamente não tem contra-indicações.
- Há apoio de uma equipe multidisciplinar especializada;
- Aprende-se conceitos para conquistar sucesso a longo prazo com a equipe multidisciplinar;

A perda de peso até o momento de se retirar o balão deve ser de cerca de 15% do peso corporal total do paciente. Algumas vezes pode chegar a pouco mais que isso, dependendo de quanto de mudança o paciente será capaz de realizar no seu estilo de vida.

Após a retirada do balão é que a adoção das medidas orientadas pela equipe multidisciplinar se torna mais importante, já que a chance de se ganhar peso novamente é alta. Por esse motivo não se deve realizar esse procedimento sem auxílio especializado.

A maior indicação para o uso do balão é em pacientes cujo peso está tão alto que é conveniente perder um pouco para que possa ser submetido a uma cirurgia de

obesidade com peso mais baixo, para correr menos riscos. Além disso, pode também ser usado com resultados satisfatórios por:

- pacientes que estejam acima do peso (sobrepeso e obesidade leve) e que não tenham indicação de cirurgia;
- pessoas que tenham indicação de cirurgia mas que por algum motivo não querem ser operadas;
- mulheres que após o parto que não conseguem perder o peso ganho na gestação;
- aqueles que por algum motivo não podem ou não querem tomar medicação para perda de peso e que não têm indicação de cirurgia.

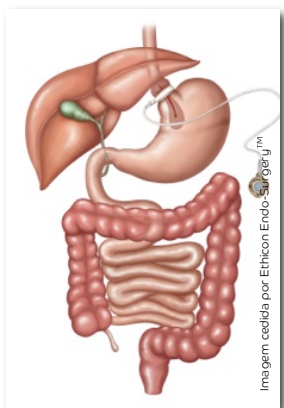
Trata-se de uma abordagem simples e inovadora para perda de peso. Mas exige comprometimento do paciente com as mudanças necessárias no estilo de vida. Deve ser usado em conjunto com uma dieta supervisionada de longo período e um programa de adequação de comportamento para aumentar a possibilidade da manutenção da perda de peso por um tempo maior.

É uma ferramenta que traz resultados satisfatórios, mas que precisa ser usada de maneira correta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

As cirurgias para o tratamento da obesidade mórbida podem ser divididas em três grupos: cirurgias de restrição gástrica, cirurgias de má absorção, e cirurgias que combinam a restrição gástrica e algum grau de má absorção. Estas técnicas foram desenvolvidas nas últimas décadas e todas são efetivas - em maior ou menor grau - para o controle da obesidade mórbida.

BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL



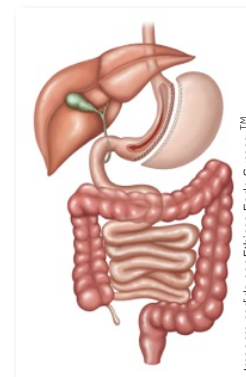
Esta é a mais simples das técnicas, ela diminui a quantidade de alimentos que pode ser ingerida, diminuindo a capacidade volumétrica do estômago. É utilizada uma banda inflável de um tipo de silicone, que pode ser ajustada de acordo com a necessidade, para calibrar a capacidade do reservatório criado.

Embora seja uma cirurgia efetiva, há possibilidade de ingerir líquidos com alto nível de calorias, em curtos intervalos e estes líquidos entram em contato com o resto do estômago, que permanece intacto. De todos os tipos de cirurgias, é o que permite a menor redução do peso. Além disso a chance de complicações relacionadas à banda gástrica pode ser muito alta, requerendo muitas vezes novas intervenções cirúrgicas. Por esses motivos, sua indicação atualmente é restrita no tratamento da obesidade mórbida a pacientes muito bem selecionados.

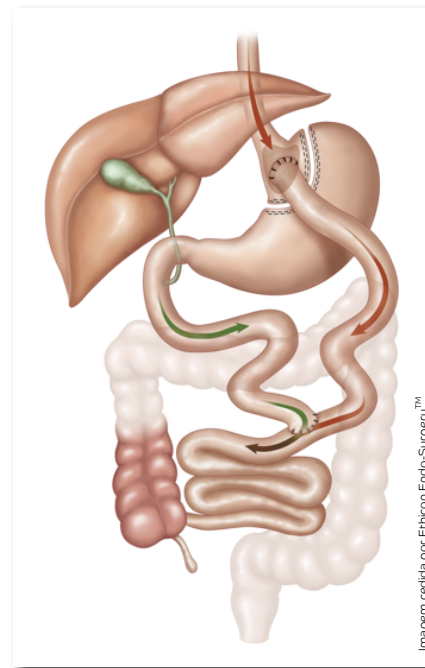
GASTRECTOMIA VERTICAL (OU SLEEVE GASTRECTOMY)

A gastrectomia vertical (ou “em manga”) é uma técnica mais recente que traz uma perda de peso em geral melhor que a banda gástrica. Também é uma técnica restritiva já que permite que apenas pequenas quantidades de alimento ocupem o estômago. Não há componente de malabsorção, o que faz com que a chance de perda de nutrientes a longo prazo seja quase desprezível.

Tecnicamente é simples e pode trazer grandes benefícios a uma parcela da população obesa. No entanto tem com grande inconveniente ser irreversível, já que boa parte do estômago é retirada.



GASTROPLASTIA COM Y DE ROUX (OU TÉCNICA DE FOBI-CAPELLA)



A gastroplastia vertical e by-pass gástrico em Y de Roux (técnica de Fobi-Capella) é o método mais utilizado no mundo para a obtenção de perdas de peso. Chega a médias de 40% de perda do peso inicial. A quantidade de comida que pode ser ingerida é limitada. Os alimentos não têm contato com o restante do estômago e há menos tolerância para ingerir açúcar. É a cirurgia mais utilizada e mais efetiva para a obesidade mórbida, já que permite a redução satisfatória e duradoura do peso.

COMO ESTA CIRURGIA AJUDA A PERDER PESO?

Quando se restringe o volume do reservatório gástrico, também diminui a quantidade de alimentos que poderá ser ingerida. A pequena bolsa criada no estômago produz uma sensação e satisfação quando cheia. O enchimento dessa bolsa com pequenas quantidades de alimentos produz a mesma sensação de plenitude, que havia antes, quando se preenchia todo o estômago com grandes quantidades de

alimento.

Quando se associa uma técnica que provoque má absorção de alimentos cria-se alterações intestinais que fazem com que não haja absorção de uma parte dos alimentos que chegam ao intestino. É um dos motivos por que com esta técnica de diminuição do estômago e by-pass intestinal, a perda de peso é maior do que somente a colocação da banda gástrica ajustável ou gastrectomia vertical.

Mesmo com a restrição, pode ocorrer uma sensação desagradável se houver ingestão de líquido com alto teor de calorias – como açúcares, bolachas, massas e recheios - o que na linguagem médica é conhecido como *síndrome de dumping*.

QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DA CIRURGIA?

- Diminuir (ou curar) doenças associadas à obesidade
- Perda de peso confiável e duradoura
- Tratamento de obesos mórbidos que tenham falhado em perder peso com dietas, exercícios e medicações
- Restaurar a vida ativa e saudável
- Melhorar a qualidade de vida

QUAIS SÃO OS RISCOS DA CIRURGIA?

Em qualquer tipo de cirurgia há um risco de complicações e mesmo de mortalidade. Entre os mais frequentes, estão:

- Infecção da ferida cirúrgica - ocorre raramente. São usados antibióticos preventivos e banhos com antissépticos específicos para evitá-la.
- Hérnias abdominais são complicações tardias e que exigem correção cirúrgica. Estão mais relacionadas à presença de infecção na ferida. Normalmente pode ser corrigidas no mesmo tempo cirúrgico da plástica do abdome, após vários meses da gastroplastia. São praticamente inexistentes nas cirurgias por laparoscopia.
- Ocorrência frequente de vômitos e diarreias, que podem se tornar um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida.
- Obstrução do reservatório gástrico por alimentos sólidos não mastigados adequadamente.
- Obstrução intestinal pode ocorrer, havendo necessidade de nova cirurgia.
- Formação de coágulos nas veias, normalmente das pernas - Trombose venosa profunda - que podem se desprender e migrar para qualquer local do corpo. Dependendo do local onde ele se aloja pode resultar edema ou feridas temporárias ou permanentes, dificuldade para respirar (embolia pulmonar) e até a morte. Apesar de todos os cuidados na prevenção, com uso de anticoagulantes, fisioterapia respiratória e sair da cama precocemente para caminhar após a cirurgia, ainda assim pode ocorrer com frequência muito baixa, menor que 1% dos pacientes.

- Úlceras podem ocorrer principalmente em fumantes ou pessoas que ingerem álcool excessivamente.
- Hemorragia intra-abdominal (no interior do abdômen) ou vazamento de líquidos do estômago ou intestinos para a cavidade abdominal, para outros órgãos ou através da pele (fistulas). Por esses motivos pode ser necessária re-operação e nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade.
- Falha na perda de peso. Raramente ocorre, e costuma estar relacionada aos hábitos alimentares após a cirurgia. Pode, raras vezes, ser considerada falha da cirurgia.
- Insuficiências de órgãos como coração, rins, fígado, pulmões, em casos extremos.
- Problemas psiquiátricos, como depressão, ansiedade, anorexia e bulimia podem ocorrer após a cirurgia.
- Mortalidade menor do que 0,5%. É semelhante a outros procedimentos cirúrgicos no abdome de um obeso mórbido.

CRITÉRIOS PARA A INDICAÇÃO DA CIRURGIA NA OBESIDADE MÓRBIDA

Embora possam ocorrer exceções, os seguintes critérios são utilizados para a realização do tratamento cirúrgico:

- IMC > 40 kg/m².
- IMC entre 35-40 kg/m², mas que tenham outras condições graves em que a perda de peso será fundamental para o tratamento desses problemas.
- IMC entre 30 e 35 desde que associada à uma condição de co-morbidade que receba título de GRAVE pelo especialista da área, como diabetes ou hipertensão pode constituir indicação de cirurgia em determinados casos. É necessária uma dessas condições acima, além das duas abaixo
- Tratamento prévio clínico com acompanhamento médico, com uso de drogas, exercícios, etc., e que resultaram em fracasso, por um tempo razoável.
- Ausência de outras condições mórbidas que possam contra-indicar uma cirurgia.

Algumas condições mórbidas (diabetes, hipertensão arterial, disfunções respiratórias, alterações de colesterol e triglicérides e artrose), são agravadas pela obesidade e, portanto, não se constituem em contra-indicação para o tratamento cirúrgico. Na realidade são indicações para a cirurgia.

Doenças psiquiátricas graves são contra-indicações para tratamento cirúrgico, a menos que, segundo avaliação do psiquiatra, o problema esteja estável ou com melhora evidente.

Os obesos mórbidos normalmente têm alterações psicológicas do tipo depressivas em maior incidência que a população de peso normal. Os sintomas psicológicos como

baixa auto-estima, frustração, ansiedade e depressão moderada estão presentes em algum grau na maioria dos pacientes com obesidade mórbida. Esses sintomas geralmente melhoram após as cirurgias para a redução do peso. Entretanto, um preparo psicológico com algumas sessões anteriores à cirurgia são necessárias.

Após a cirurgia é fundamental que o paciente mantenha seu acompanhamento psicológico de acordo com as orientações da equipe.

CIRURGIA METABÓLICA

O sucesso recente da cirurgia bariátrica – especialmente a gastrectomia vertical com Y de Roux – no tratamento da diabetes tipo II (do adulto) vem animando os pesquisadores a direcionar suas pesquisas no sentido de se indicar a cirurgia em pacientes que ainda não tenham obesidade com níveis mais altos, mas que tenham outras doenças. Várias técnicas cirúrgicas novas – e também outras já bem conhecidas – vem sendo usadas para testes. Os resultados nos últimos anos vem sendo promissores e possivelmente num futuro próximo possa haver cirurgias em diabéticos não obesos.

No entanto ainda não existe recomendação oficial para tal, e qualquer procedimento nessas condições deve ser restrito a protocolos de pesquisas clínicas em universidades ou centros de pesquisa. Atualmente as indicações são as que foram expostas anteriormente.

CONSIDERAÇÕES

Antes de ser submetido à cirurgia, você será informado exhaustivamente sobre o procedimento a que será submetido. A conversa com outros pacientes que foram submetidos à mesma cirurgia deverá acontecer nas reuniões periódicas com a equipe e são muito importantes. Se houver qualquer dúvida, traga-as à consulta por escrito, para que sejam resolvidas antes da cirurgia.

Quando você se decidir pela operação serão realizados vários exames pré-operatórios, e você será encaminhado para avaliação com os seguintes especialistas, e pode ser necessário que algum desses profissionais solicite algum tratamento específico antes da cirurgia.

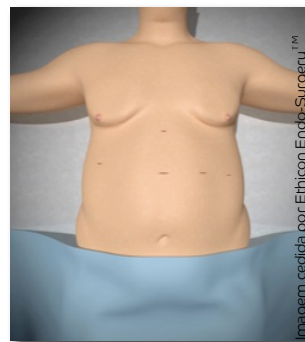
- Psicólogo/psiquiatra - para preparo pré-operatório, principalmente relacionado com sua capacidade em lidar com as mudanças que a cirurgia vai ocasionar, e acompanhamento pós-operatório, eventualmente em grupos com outros pacientes operados. Qualquer paciente só será operado após avaliação, preparo e liberação por escrito deste profissional.
- Nutricionista - é quem vai preparar e acompanhar a alimentação pós-operatória e eventualmente ajudar na perda de peso antes da cirurgia.
- Endocrinologista - vai acompanhar as mudanças no seu metabolismo e determinar se há necessidade de algum exame ou tratamento específico antes e depois da cirurgia.

- Anestesiologista – a equipe de anestesia responsável pela sua anestesia deve ser consultada nos dias que antecedem a cirurgia, com todos os exames em mãos e os nomes das medicações que esteja usando.
- Cardiologista, pneumologista ou outros especialistas específicos que forem necessários.

É muito importante que o paciente e sua família saibam que:

- o uso de qualquer medicação deve ser informado à equipe médica;
- pode ser solicitado que o paciente perca peso antes da cirurgia como forma de facilitar a realização da cirurgia e diminuir os riscos de complicação, além de mostrar o empenho e adesão ao tratamento multidisciplinar.
- o procedimento cirúrgico é apenas **parte** de um processo de perda de peso e diminuição de risco de doenças relacionadas à obesidade, e portanto ainda depende de alguma disciplina e esforço pessoal, principalmente na adaptação de hábitos alimentares e de atividade física;
- existem riscos inerentes à cirurgia, e que esses riscos normalmente se elevam de acordo com o número de doenças associadas que o paciente tem;
- a principal finalidade da cirurgia não é a estética, mas a diminuição das doenças e da mortalidade associada à obesidade mórbida;
- é frequente que ocorra algum tipo de dor nas incisões durante algumas horas após a cirurgia;
- é necessário preparo multidisciplinar pré-operatório e acompanhamento pós-operatório para que os riscos de complicações sejam minimizados, principalmente em relação à problemas nutricionais como desnutrição e/ou re-ganho de peso, além, de distúrbios psicológicos/psiquiátricos, como ansiedade e depressão pós-operatórias, que podem comprometer muito a melhora na qualidade de vida.

CIRURGIA POR LAPAROSCOPIA



Qualquer uma das técnicas mostradas pode ser realizada por laparoscopia, que é a técnica cirúrgica que não exige uma incisão no abdome, mas alguns orifícios por onde entram instrumentos específicos para a realização da cirurgia.

A principal desvantagem é o custo mais elevado, pois é uma técnica que exige instrumentos especiais que aumentam o custo da cirurgia.

As principais vantagens são:

- diminuição significativa do risco de complicações, como hérnias abdominais, infecção da ferida e trombozes;

- estética, já que não deixa grandes cicatrizes no abdome;
- menos dor após a cirurgia;
- retorno mais rápido ao trabalho.

PLANEJAMENTO

- Tempo de internação habitual: 2-3 dias
- Se você mora a mais de uma hora de carro de Campinas, será solicitado que você providencie um local mais próximo nos dias após a alta hospitalar (pode ser um hotel ou casa de amigos ou parentes);
- Planeje-se para que alguém esteja disponível para transportá-lo para casa - ou outro lugar após o período de internação hospitalar.

INDO PARA O HOSPITAL

- **Pare de fumar pelo menos um mês antes da cirurgia.** Sem isso sua cirurgia não vai ser realizada. É fundamental para melhorar capacidade respiratória e diminuir riscos de pneumonia, trombose, embolia pulmonar e outras complicações evitáveis.
- Esteja em jejum absoluto (inclusive água) nas 12 horas que antecedem a cirurgia;
- Deixe seus objetos de valor em casa;
- Não esteja usando maquiagem, esmaltes ou jóias no hospital;
- Próteses dentárias, anéis, óculos, lentes de contato ou aparelhos de surdez deverão ser retirados antes da cirurgia;
- Chegue no hospital antes da hora planejada. Frequentemente ocorrem atrasos nos procedimentos de internação por vários motivos ou adiantamentos nos horários de cirurgias, e é bom que você já esteja lá.
- Se estiver usando alguma medicação, é bom que nos avise nas consultas para avaliarmos se é necessário suspendê-la antes da cirurgia.
- Quando você estiver pronto para receber alta, as últimas orientações de enfermagem serão dadas, e quem fará o seu transporte será chamado.

O que levar?

- Artigos de banheiro
- Camisola e/ou pijama ABERTOS NA FRENTE para facilitar curativos e exames do abdome
- Peças íntimas confortáveis
- Chinelo
- Toalha de banho

- Um par de meias elástica 3/4 (até o joelho) ou 7/8 (até a coxa) de média compressão, ou as meias de compressão pneumática.
- Um Respiron®, que irá ajudar na fisioterapia respiratória (junto com a meia, podem ser encontrados em casas cirúrgicas, mas a nossa equipe do Instituto Pró-Gastro poderá ajudá-lo nessa aquisição).

A CIRURGIA

Momentos antes da hora de sua operação você sairá de seu quarto para o centro cirúrgico. Antes de ir para a sala de cirurgia você poderá ser colocado por alguns instantes na sala de recuperação até que a sala esteja limpa e montada para sua cirurgia. Nesse momento ou logo que você chegar à sala de cirurgia, um profissional de enfermagem, ou mesmo o anestesista deverá vir para pegar sua veia para a anestesia.

Na sala de cirurgia o anestesista fará você dormir com injeções na veia. Daí em diante, você não deve se lembrar de mais nada. A anestesia geral é muito segura e um anestesista ficará sempre ao seu lado. A cirurgia dura menos de 2 horas. Quando você acordar, já na sala de recuperação, enfermeiras estarão ao seu lado com vários equipamentos, isto é normal. Após cerca de 2 horas você será conduzido novamente ao seu quarto. Assim, o tempo entre entrar no centro cirúrgico e voltar para o quarto raramente dura menos que 5 horas

Você poderá notar um dreno na barriga, que ficará por alguns dias e serão retirados sem qualquer dor. É importante que você procure logo se mover, e andar quando solicitado. Tossir e respirar profundamente são importantes para o seu pulmão, limpando o muco que se desenvolve no tempo da anestesia. O Respiron® deve ser usado nesse momento. Você poderá ser auxiliado neste momento por um(a) fisioterapeuta.

APÓS A CIRURGIA

Quando você retornar para casa, você deverá estar andando por si só, porém, sem exagerar. Se você seguir estas orientações nas primeiras semanas, você não terá problemas para adaptação.

- **Banho de chuveiro** pode ser tomado sem problemas após a cirurgia. Deixe para tomar banhos de banheira ou ir à piscina após a incisão estar já bem cicatrizada. As incisões cirúrgicas devem ser lavadas com água corrente e sabonete, e em seguida deve ser seca. Se for necessário trocar curativo, faça após o banho.
- **Andar** o máximo possível sem ficar excessivamente cansado. Você deve iniciar com 10 minutos e aumentar a distância que você anda progressivamente a cada dia, em torno de 1 minuto por dia. Após 40 dias da cirurgia, deve ser possível andar 2 a 3 km por dia.

- Se tiver carro poderá dirigi-lo assim que se sentir seguro e sem dor, após pelo menos 10 a 15 dias da cirurgia.
- Procurar ver sempre a cor da urina. Se estiver muito amarela ou mais escura e concentrada, ingerir mais líquidos para evitar problemas renais. A quantidade mínima necessária de líquidos após a cirurgia deve ser aquela que deixa sua urina bem clara. Se isso não for possível, vá ao pronto-socorro do hospital em que operou e peça que avisem alguém da equipe assim que for atendido pelo médico plantonista. Pode ser necessária reposição com soro na veia ou eventualmente internação.
- Após pelo menos 20 dias da cirurgia, e com a incisão bem cicatrizada, massagem tipo drenagem linfática pode ser iniciada.
- Mantenha as suas medicações nas doses habituais. Não deixe de tomar remédios para diabetes, hipertensão, etc, sem que seu médico clínico, cardiologista ou endocrinologista tenha conhecimento e recomende que você faça isso.
- Lembre-se que a alimentação após a cirurgia é o passo de adaptação mais importante de todo o processo, e vai ser orientada única e exclusivamente pela equipe, portanto não deixe de visitar a nutricionista sempre que for solicitado.

O QUE VOCE NÃO DEVE FAZER

- Subir escadas, somente quando for absolutamente necessário
- Levantar objetos, crianças pesadas, nos primeiros dias
- Voltar ao trabalho sem a orientação da nossa equipe
- Ficar sentado ou deitado na mesma posição por longos períodos de tempo
- Ficar sem beber água ou se alimentar

ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Você deverá voltar ao consultório com uma frequência estabelecida, até que o espaçamento das consultas aumente. E então você deverá ser visto pela equipe ao menos uma vez por ano pelo resto de sua vida. Para qualquer dúvida ou problema que tiver deverá comparecer ao consultório ou ao pronto-socorro a qualquer hora - e solicitar que sejam avisados os membros da nossa equipe médica. Serão solicitados vários exames em vários momentos após a cirurgia para controle do metabolismo e para comparação com os exames pré-operatórios.

A ALIMENTAÇÃO E A PERDA DE PESO

Ingerindo alimentos nos horários normais de refeição, a quantidade de alimentos ingeridos diariamente irá decrescer significativamente e a perda de peso ocorrerá gradualmente. Para obter maior sucesso você deverá escolher os alimentos e estabelecer um horário adequado para as refeições. No primeiro mês a perda de peso

deve estar próxima de 10% do peso total, e depois desacelera, até estabilizar após cerca de 18 meses.

Nesse período de equilíbrio, você poderá estar com o peso ainda um pouco acima do seu peso ideal. Entretanto, se você se esforçar fazendo exercícios diários, caminhadas e ginásticas, você poderá chegar mais próximo ideal. A média de perda de peso que ocorre é entre 35% e 40% do peso original antes da cirurgia, ou acima de 50% de perda do excesso de peso.

Para aqueles pacientes que ficam com excesso de pele após o emagrecimento, são recomendadas cirurgias plásticas, que serão realizadas após, pelo menos, 18 meses da cirurgia de obesidade, após avaliação da equipe de Cirurgia Bariátrica.

O QUE MUDA APÓS A CIRURGIA?

- Queda de cabelo - pode ocorrer alguns meses após a cirurgia. É transitório e normalmente melhora espontaneamente, principalmente com alimentação adequada orientada pela nutricionista.
- Volume da alimentação - você passará a se alimentar com um volume de comida muito menor. No começo pode haver uma certa dificuldade a se adaptar. Principalmente porque sua fome deve diminuir rapidamente, mas o hábito de comer pode ainda permanecer.
- Atividades físicas - com menos peso você poderá praticar atividades físicas que antes não seriam possíveis, e isso ajuda muito na manutenção da saúde.
- Riscos de doenças - Se você tem diabetes ou hipertensão arterial, a chance de essas doenças deixarem de existir é muito grande. O mesmo acontece com as outras doenças associadas à obesidade, como aumento de triglicérides e colesterol. Se você não tem, a chance de elas ocorrerem também diminui consideravelmente, a ponto de diminuir o risco de óbito após a cirurgia em até 15 vezes.
- Contracepção - Nos dois primeiros anos após a cirurgia o anticoncepcional oral ou injetável deve ser evitado como método anticoncepcional, porque devido à perda de peso rápida, a distribuição de hormônios fica muito comprometida e ele deixa de ser eficaz. Após a cirurgia o melhor método deve ser discutido com seu ginecologista, e pode incluir preservativos, DIU, entre outros.
- Gravidez - não é proibido engravidar, mas como a cirurgia bariátrica pode trazer deficiências de vitaminas e sais minerais a longo prazo, recomenda-se que a gestação ocorra após a estabilização da perda de peso, ou seja, após cerca de 18 meses, sempre com acompanhamento médico conjunto entre a equipe de cirurgia e seu obstetra. Se estiver planejando engravidar, entre em contato para que se possa adequar as vitaminas necessárias antes da gestação. Se a gravidez não foi planejada, avise assim que souber.

- Para evitar problemas futuros, serão prescritas algumas medicações por um certo período após a cirurgia, e complementação com vitaminas pelo resto da vida.
- Medicação habitual. É esperado que sua necessidade de medicações para diabetes e hipertensão diminua muito, ou até mesmo não exista após algumas semanas da cirurgia, mas quem vai decidir sobre isso é a equipe médica (em conjunto com seu médico pessoal, se for o caso). Portanto, não mude a dosagem das medicações sem avaliação médica.
- Auto-estima - como você passará a ter um peso mais próximo do normal, todas as atividades poderão ser realizadas como qualquer outra pessoa. Você deve passar a se sentir mais agradável à vista das pessoas e à sua própria. A auto-estima fica elevada, melhorando o relacionamento pessoal.

GRUPO DE APOIO

Todos os pacientes operados são convidados a participar das reuniões informativas periódicas com os profissionais da equipe e com os outros pacientes que estarão aguardando a realização da cirurgia. Assim, os pacientes que serão operados terão a importante oportunidade de conversar com outros já operados, e isso, será de grande benefício para todos.

Se você já foi a uma dessas reuniões sabe como são importantes antes da cirurgia. Estas reuniões são marcadas pela nossa equipe médica com frequência definida.

SEU MOMENTO DE MUDAR!

Não é só a sua saúde que vai se beneficiar com a cirurgia...

A sua auto-estima vai agradecer... E muito!

Os pequenos prazeres que você não se permitia agora vão fazer parte definitiva de sua vida: passear, comprar roupas, caminhar ao ar livre, andar de bicicleta, nadar, correr, sorrir para a vida!

A saúde física é muito importante, mas a saúde emocional também pode e deve ser mantida.



PARA ENTRAR EM CONTATO

Instituto Pró-Gastro
www.progastro.com.br
☎ 19-32360128