

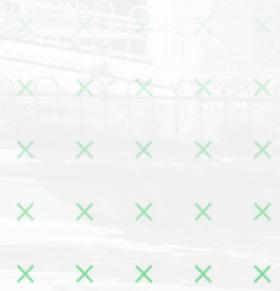
# MANUAL SOBRE O **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE**





# ÍNDICE

<b>1. ENTENDENDO SOBRE A OBESIDADE</b>	<b>3</b>
<b>2. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE</b>	<b>4</b>
<b>3. OPÇÕES TÉCNICAS DISPONÍVEIS</b>	<b>7</b>
<b>4. PROTOCOLO PRÉ-OPERATÓRIO</b>	<b>12</b>
<b>5. PROTOCOLO PÓS-OPERATÓRIO</b>	<b>14</b>
<b>6. DÚVIDAS COMUNS</b>	<b>15</b>
<b>7. ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA</b>	<b>25</b>



# 1. ENTENDENDO SOBRE A OBESIDADE

A obesidade é uma doença crônica, progressiva, fatal e geneticamente relacionada. Ela caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de gordura e pelo favorecimento de outras doenças, conhecidas como “comorbidades”, ou doenças associadas listadas abaixo.

Nos Estados Unidos, uma pessoa a cada quatro pesa 20% a mais que seu peso ideal. Atualmente, segundo pesquisa recente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 51% dos brasileiros estão acima do seu peso ideal, 15 a 20% são obesos e 5% são considerados obesos mórbidos.

Para avaliar o grau de obesidade de uma pessoa, desenvolveu-se o Índice de Massa Corporal - IMC. O cálculo é realizado da seguinte forma: divide o peso (em Kg) pelo quadrado da altura (em metros).

**Exemplo:**

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (kg)}}{\text{ALTURA (m)} \times \text{ALTURA (m)}}$$

$$\text{IMC} = \frac{98 \text{ kg}}{1,56 \text{ m} \times 1,56 \text{ m}} = 40,3$$



Além das comorbidades, que certamente diminuem a expectativa de vida, o paciente obeso sofre com situações cotidianas, como:

- 1) Amarrar os sapatos.
- 2) Comprar roupas para seu tamanho.
- 3) Inadequação de mobiliário público (assentos de avião, teatro, cinema, ônibus).
- 4) Dificuldades para realizar a higiene pessoal.
- 5) Problemas socioeconômicos, que são representados pela discriminação social.
- 6) Dificuldades em conseguir emprego.
- 7) Problemas de relacionamento afetivo-sexual.



## 2. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Pelo Índice de Massa Corporal (IMC) é possível graduar a obesidade e definir a melhor forma para o seu tratamento.

- **Peso normal:** IMC = 18,5 a 24,9
- **Sobrepeso:** IMC = 25 a 29,9
- **Obesidade moderada (grau 1):** IMC = 30 a 34,9
- **Obesidade grave (grau 2):** IMC = 35 a 39,9
- **Obesidade morbida (grau 3):** IMC = 40 a 49,9
- **Superobesidade:** IMC = acima de 50

Pessoas com IMC até 35 podem ser tratadas apenas por métodos tradicionais (dieta, exercícios, medicamentos, mudança de hábitos e balão intragástrico). No entanto, para os casos de obesidade grave com comorbidades, mórbida e superobesidade, tais métodos isoladamente já se mostraram pouco efetivos. Nesses casos, a cirurgia é um tratamento eficaz na redução e manutenção do peso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil reconhecem a obesidade mórbida como uma doença passível de tratamento cirúrgico.

## QUEM É INDICADO PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO?

Pacientes com IMC acima de 40, ou pacientes com IMC acima de 35 que possuem as seguintes doenças associadas:

- Diabetes Tipo II
- Apneia do sono
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia (elevação do colesterol e triglicérides)
- Doenças cardiovasculares (incluindo doença arterialcoronariana, infarto de miocárdio (IM), angina)
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Acidente vascular cerebral (derrames)
- Hipertensão e fibrilação atrial
- Cardiomiopatia dilatada
- Cor pulmonale e síndrome de hipoventilação
- Asma grave não controlada
- Osteoartroses
- Hérnias discais
- Refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica
- Colecistopatia calculosa
- Pancreatites agudas de repetição
- Esteatose hepática
- Incontinência urinária de esforço na mulher
- Infertilidade masculina e feminina
- Disfunção erétil
- Síndrome dos ovários policísticos
- Veias varicosas (varizes)
- Doença hemorroidária
- Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral)
- Estigmatização social
- Depressão

Pacientes portadores de diabetes tipo 2, de difícil controle e com IMC maior/igual a 30, podem ser candidatos à cirurgia metabólica.



## CONTRAIINDICAÇÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA:

- Pessoas que são dependentes de drogas ou álcool;
- Pessoas com incapacidade de compreender e de cooperar com as mudanças do estilo de vida no pós-operatório;
- Pessoas que são portadoras de doença ou condição que contraindique a cirurgia, ou aumentem, demasiadamente, o risco;
- Portadores de doença psiquiátrica descontrolada.

Além disso, toda pessoa que pretende se submeter ao tratamento cirúrgico da obesidade tem que estar ciente dos riscos e consequências de uma intervenção cirúrgica de tal porte.

É muito importante mencionar que a cirurgia não é recomendada por motivos estéticos: é uma cirurgia radical, que pode ser definitiva e ter consequências nos hábitos cotidianos. O objetivo dela é tornar a vida do paciente mais saudável e mais longa.



Os melhores resultados estão relacionados com a participação ativa dos pacientes, evitando o consumo excessivo de alimentos hipercalóricos e aumentando o gasto energético com exercícios físicos orientados.

### 3. OPÇÕES TÉCNICAS DISPONÍVEIS

A cirurgia da obesidade não é algo tão novo como muitos imaginam. Ainda no século passado, ocorreram as primeiras cirurgias nos Estados Unidos, nos anos 50. Entretanto, as técnicas iniciais, com desvio intestinal (Jejuno-ileal) provocavam consequências drásticas ao organismo, incluindo o desequilíbrio metabólico e a desnutrição grave, por isso, foram praticamente abandonadas ao longo dos anos. Em nosso Instituto de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, não utilizamos esse tipo de operação e não concordamos com cirurgias plásticas (abdominoplastia) que têm sido utilizadas ao mesmo tempo da cirurgia da obesidade.

Felizmente, alguns cirurgiões e cientistas continuam estudando e aprimorando as técnicas que hoje estão disponíveis em nosso meio e com resultados muito satisfatórios. Atualmente, existem vários tipos de cirurgia que se dividem em três grupos: restritivas, mal-absortivas e combinadas.

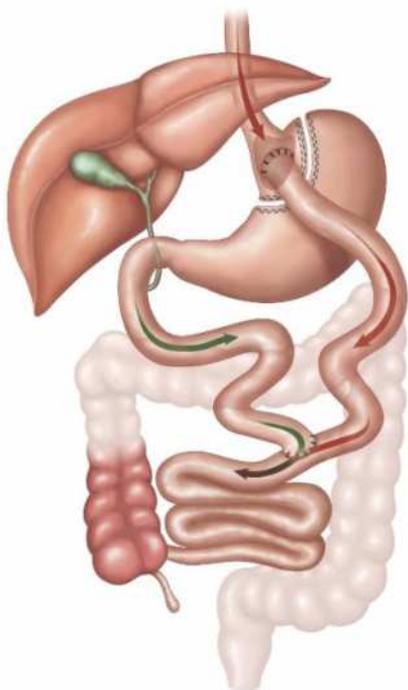
Nossa equipe utiliza de todas as técnicas, porém, a preferível, é por via laparoscópica. Entendemos que cada paciente deve ser avaliado individualmente, de acordo com seu perfil, idade da doença, hábitos nutricionais e condições sócio-psicológicas, para que possamos saber qual a cirurgia é mais indicada. É necessário, entretanto, a colaboração do paciente para a adesão ao protocolo da clínica, a fim de que os resultados sejam compensadores. Algumas pequenas adaptações das técnicas podem melhorar os resultados em determinados casos.



## A - Cirurgias Combinadas (Restritiva e Mal-Absortiva)

### *Bypass Gástrico*

Nessa técnica, há a construção de um pequeno reservatório no estômago (20 a 30ml), assim como a exclusão de um segmento intestinal. A função do seu componente restritivo é preponderante sobre o componente disabsortivo. Entretanto, os mecanismos fisiológicos, baseados em alterações hormonais profundas, são os mais importantes em todas as técnicas.



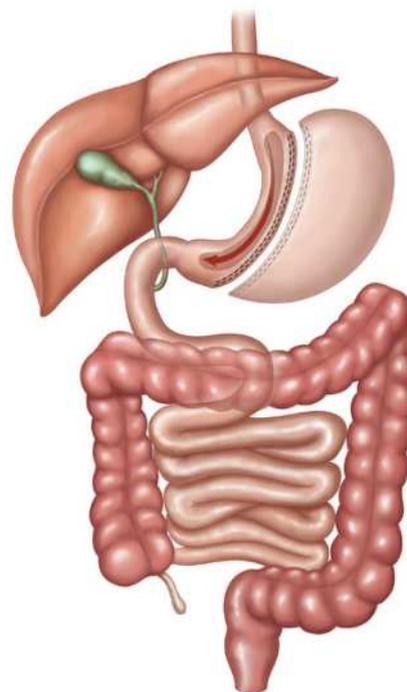
Quando a pessoa se alimenta, o reservatório do estômago se enche rapidamente, enviando um sinal ao cérebro, que o interpreta como saciedade. O paciente deve aprender a mastigar cuidadosamente os alimentos e a ingeri-los lentamente. Comer rapidamente, com pedaços grandes, pode dificultar a passagem do alimento, levando a episódios de vômito. Além disso, o abuso de alimentos calóricos líquidos pode resultar em mal-estar, tonturas e diarreia. Esse quadro, conhecido como Síndrome de Dumping, ocorre devido à rápida passagem de alimentos ricos em carboidratos para o intestino. A ocorrência dessas manifestações auxilia na inibição da ingestão desses alimentos.

Todas as técnicas podem ser realizadas por via convencional, laparoscópica ou robótica. A técnica por via laparoscópica está relacionada a uma recuperação mais rápida e com cicatrizes menores, sendo a mais utilizada no mundo.

## B - Gastrectomia Vertical ou Sleeve Gastrectomy

A Gastrectomia Vertical ou Sleeve Gastrectomia é um procedimento cirúrgico restritivo, em que grande parte da curvatura maior do estômago, cerca de 75-80% do órgão, é removida, por meio de grampeadores mecânicos. O estômago residual fica estreito e apresenta a forma tubular, como demonstrado na figura.

Além de ter efeito restritivo, a Gastrectomia Vertical também possui um efeito hormonal, uma vez que diminui substâncias produzidas no segmento do estômago retirado, como a Grelina, um dos hormônios responsáveis pelo estímulo do apetite. Dessa maneira, obtém-se o duplo efeito de restringir a quantidade de alimento ingerido a cada vez e, ao mesmo tempo, um significativo efeito hormonal que se reflete na redução da fome entre as refeições. Além disso, promove a sensação de saciedade precoce, diminuindo o apetite seletivo por doces.



Essa indicação é particularmente relevante para adolescentes, idosos, cirróticos, portadores de anemia crônica ou deficiência de cálcio, bem como em situações em que a exclusão do duodeno ou estômago do trânsito alimentar não é apropriada. Outra indicação crucial ocorre em casos de obesidade muito grave, nos quais o tratamento pode ser realizado em duas etapas. Na primeira etapa, opta-se pela Sleeve Gastrectomia devido à sua natureza menos invasiva e maior rapidez, promovendo uma redução de peso no paciente a um nível mais seguro. Isso possibilita a realização de uma segunda intervenção cirúrgica, associando o componente de má absorção do Bypass Gástrico. O Sleeve tem ganhado popularidade e oferece a vantagem de reduzir a necessidade de suplementos vitamínicos e minerais. Atualmente, é a técnica mais comum nos EUA, embora tenha a desvantagem de não ser reversível.

## C - Cirurgias Predominantemente Disabsortivas

*(Derivações Biliopancreáticas) - Técnica de Scopinaro e Duodenal Switch*

Nessas técnicas, um extenso segmento do intestino delgado é excluído da passagem do alimento, juntamente com a remoção de cerca da metade do estômago. Isso resulta na limitação da absorção de nutrientes ingeridos. A cirurgia permite uma significativa perda de peso, sem modificar substancialmente a quantidade de comida consumida. No entanto, essa abordagem pode levar a deficiências de ferro, vitaminas, proteínas e sais minerais, a menos que haja um acompanhamento e reposição adequados. Além disso, efeitos colaterais como diarreia, flatulência e um odor extremamente fétido das fezes são comuns.

Com o objetivo de reduzir esses efeitos colaterais, alguns autores desenvolveram o Duodenal Switch, que é considerado um procedimento um pouco menos agressivo em comparação com a Técnica de Scopinaro. Essas intervenções podem ser realizadas por meio de cirurgia convencional ou laparoscópica.

## D - Técnicas Emergentes

Existem técnicas bariátricas promissoras que estão sendo amplamente estudadas e realizadas em vários centros do mundo. Dentre elas destacamos o SADS - Single Anastomosis Duodenal Switch, o OAGB, também denominado Bypass com anastomose única e a Bipartição do Trânsito Intestinal. Essas técnicas são altamente eficazes na promoção de significativas perdas de peso e no controle de doenças metabólicas graves. Especialmente em pacientes superobesos, essas opções podem ser executadas por meio da videolaparoscopia, o que tem ocupado espaço progressivo, principalmente como cirurgias revisionais.

## E - Cirurgia Metabólica - (Cirurgia do Diabetes)

Cirurgia metabólica refere-se a qualquer procedimento cirúrgico no trato digestivo, independentemente do Índice de Massa Corporal (IMC), que visa aprimorar o controle do diabetes e outras comorbidades da síndrome metabólica, sem depender, necessariamente, da perda de peso.

Após intervenções cirúrgicas para tratar a obesidade em pacientes diabéticos, constatou-se que além da perda de peso, outros fatores desempenham um papel crucial no controle do diabetes. Muitos pacientes, antes da alta hospitalar, já apresentam controle dos níveis de glicose no sangue.

Estudos recentes mostram que alterações em hormônios intestinais, provocadas pelas operações, influenciam positivamente o controle glicêmico. Os resultados são promissores e apontam para mais de 80% de remissão do diabetes tipo 2 nesses sedimentos. Inúmeras pesquisas têm consagrado as operações bariátricas como o tratamento que evitaria possíveis consequências da doença, como cegueira, impotência sexual, insuficiência renal, neuropatias periféricas, infartos do miocárdio e amputações.

Outros trabalhos científicos têm estudado essas operações em pacientes com IMC < 35. Cirurgias específicas e limitadas ao tratamento de diabetes já foram aprovadas no Brasil e no mundo para pacientes com IMC maior ou igual a 30.



## 4. PROTOCOLO PRÉ-OPERATÓRIO

### A - Consulta Médica com Cirurgião Bariátrico



### B - Exames após a consulta:

- Endoscopia digestiva alta;
- Ultrassom abdominal total;
- Bioimpedanciometria;
- Radiografia do tórax;
- Exames de sangue, fezes e urina rotina;
- Avaliação psicológica e/ou psiquiátrica ;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação fisioterápica;
- Avaliação fonoaudiológica;
- Duplex scan vascular venoso de membros inferiores, em casos de TVP ou TEP prévios;
- Avaliação endocrinológica, se necessário;
- Avaliação do risco cirúrgico cardiológico;
- Avaliação pré-anestésica.

### C - Autorização da cirurgia junto ao convênio (apenas para pacientes que tenham algum convênio ou seguro saúde)

Alguns convênios exigem uma perícia médica. Nessas circunstâncias, é necessário trazer todos os exames realizados até o momento para a consulta.

Após o cumprimento das exigências dessa etapa, uma nova consulta com o cirurgião é agendada para:

- a) análise dos resultados;
- b) data da cirurgia;
- c) assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

É crucial ressaltar a importância da participação na reunião do grupo de pacientes em pré-operatório.

Os profissionais do setor administrativo irão orientar e assessorar o paciente durante esse processo.

#### **D - Internação: Orientação e procedimento**

A internação é feita pela manhã, no dia marcado da cirurgia. O paciente deverá comparecer ao local estando em jejum por 12 horas.

Anticoagulante subcutâneo é utilizado doze horas antes da cirurgia (Versa® - 40 mg), para a prevenção de embolia pulmonar, além de um laxante intestinal no dia anterior.

É fundamental levar para o Hospital uma meia elástica antiembólica (Sigvaris®) para ser usada durante a cirurgia e nos primeiros dias pós-operatórios. Nos casos de cirurgia convencional, uma cinta abdominal de contenção também deve ser levada para o Hospital. Esse item é dispensável para os casos de cirurgia laparoscópica.

A hospitalização dura em média de um a dois dias. A permanência em CTI dependerá das condições clínicas do paciente e da intercorrência ao tratamento, que é usada apenas em situações muito especiais e extremamente raras.

## 5. PROTOCOLO PÓS-OPERATÓRIO

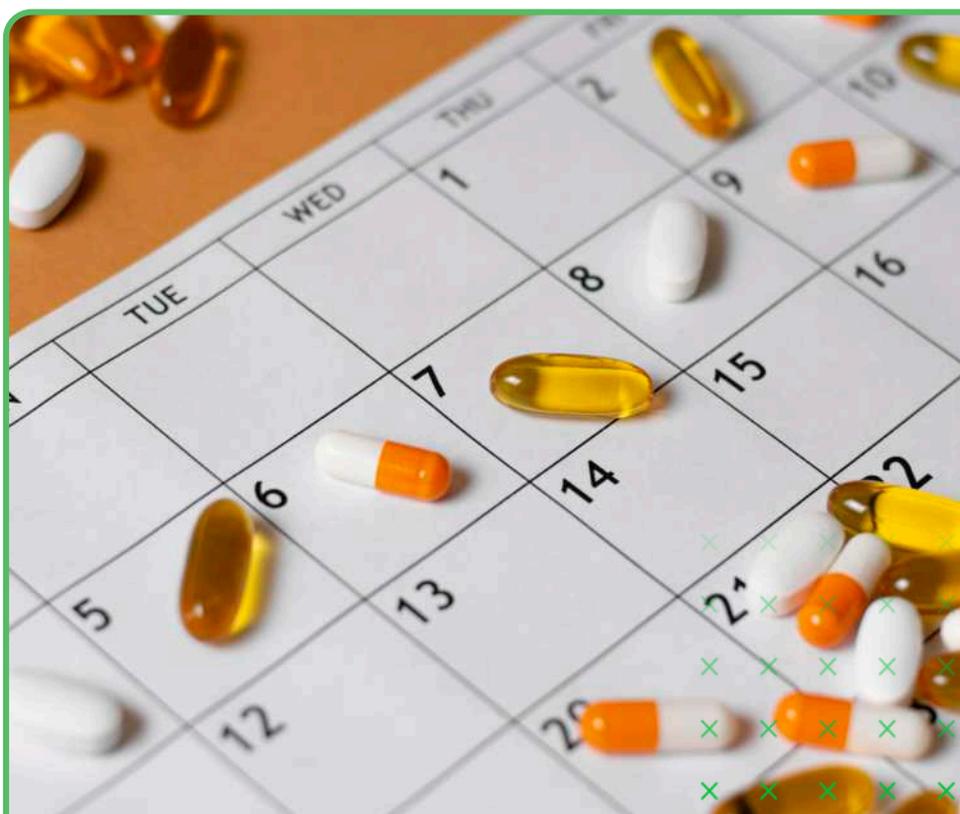
É muito importante que, no período pós-operatório, o paciente siga corretamente as orientações médicas.

### Bypass Gástrico e Sleeve

- Administração de (Versa® - 40 mg), subcutânea, durante dez a doze dias (prevenção de trombose venosa e embolia pulmonar);
- Uso de meia elástica antiembólica (Sigvaris®);
- Utilização de bloqueadores da secreção ácida do estômago durante noventa dias (Ésio® - 40 mg);
- Retorno em 7 dias;
- Pesagem trinta dias após a cirurgia;
- Avaliação nutricional trinta dias após a cirurgia;
- Avaliação física trinta dias após a cirurgia;
- Revisão laboratorial trimestral no primeiro ano;
- Suplementação vitamínica diária após trinta dias (Quelatus Bari®).

### Periodicidade de Controle:

- 1 mês
- 3 meses
- 6 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- Controle anual posteriormente



## 6. DÚVIDAS COMUNS

### • Qual é o tipo de anestesia utilizado nas cirurgias de obesidade?

Normalmente, utilizamos uma anestesia geral combinada. O uso de analgésicos contribui para um período pós-operatório mais confortável, permitindo a mobilização precoce do paciente, com todos os benefícios associados. Durante a intervenção, o paciente permanecerá anestesiado e conectado a equipamentos de alta tecnologia e sofisticação, que monitoram e controlam com precisão o batimento cardíaco, a pressão arterial, o eletrocardiograma contínuo e a oxigenação do sangue. Isso garante que o procedimento ocorra com total e inequívoca segurança.

### • Como é a dor do pós-operatório?

Nas primeiras 24h, a própria anestesia age para minimizar a dor. Atualmente, contamos com analgésicos potentes, como narcóticos e derivados da morfina, além dos convencionais, que podem ser administrados conforme a necessidade individual de cada paciente. Vale ressaltar que a percepção da dor, assim como outros sentimentos, é individual. Em geral, a maioria dos nossos pacientes tolera bem a dor. Implementamos o protocolo internacional (ERAS) para minimizar a dor e acelerar a recuperação pós-operatória.



## • Quais são as incisões (cortes) mais usadas?

Nas cirurgias laparoscópicas, utilizamos cinco pequenas incisões de 5 a 12 mm de extensão. Com resultados estéticos excelentes, as cicatrizes são praticamente imperceptíveis. Temos utilizado, com muito sucesso, as "COLAS BIOLÓGICAS", que melhoram ainda mais a qualidade da cicatriz. Cuidados pós-operatório, como o uso de cremes cicatrizantes são também interessantes.

Como não há incisões maiores na parede abdominal, a dor pós-operatória é significativamente reduzida, facilitando a respiração e permitindo a mobilização precoce do paciente. Isso diminui o tempo de internação hospitalar, o risco de complicações respiratórias e da parede abdominal, além de permitir um retorno mais rápido do paciente às suas atividades habituais como trabalho, escola, vida sexual, dirigir veículos automotores e exercícios físicos. A via laparoscópica é a via de acesso mais indicada, desde que não haja contraindicações para sua utilização.

Nas cirurgias convencionais (abertas), a incisão mais comum costumava ser a mediana (longitudinal) supra-umbilical (acima do umbigo), com 12 a 15 cm de extensão. Atualmente, essa via de acesso está praticamente restrita ao SUS, por dificuldades de financiamento público.

## • O período pós-operatório imediato. Como será?

No mesmo dia da cirurgia, incentivamos o paciente a dar os primeiros passos e realizar exercícios respiratórios. Estimulamos a movimentação precoce e a fisioterapia respiratória, para prevenir complicações respiratórias e tromboembólicas. A primeira alimentação, exclusivamente líquida e em pequeno volume (1/2 xícara de café a cada cinco minutos), ocorrerá no primeiro dia. Essa abordagem visa evitar a distensão excessiva do novo estômago. A alta está programada para o segundo dia de pós-operatório, dependendo da evolução específica de cada paciente.

## • O período pós-operatório tardio. O que comer no primeiro mês?

Nas primeiras duas semanas, a dieta é composta exclusivamente por caldos (legumes, carne magra, frango sem pele e peixe). Os caldos podem ser temperados com sal, tomate, salsinha, alho e cebola. Os ingredientes devem ser cozidos e peneirados, podendo ser utilizado um liquidificador. O paciente deve consumir apenas o caldo, evitando cereais como feijão, lentilha, ervilha, etc. É importante lembrar que a dieta é líquida. O paciente pode ingerir água sem gás, sucos naturais coados, água de coco, chá com adoçante e Gatorade. Gelatinas dietéticas também são permitidas.

Devem ser ingeridos, pelo menos, dois litros de líquidos por dia, para evitar a desidratação, fracionados a cada quinze minutos durante todo o dia. Isso fará com que os rins funcionem bem, demarcado pela urina clara. Qualquer tipo de alimento calórico (pudim, sorvete, milk-shake, leite condensado, etc.) e bebidas gasosas são proibidos. No primeiro mês, não poderão ser ingeridos alimentos sólidos. A alimentação evoluirá progressivamente para alimentos pastosos e depois para sólidos. É importante que o paciente não tenha pressa e siga as orientações da nutricionista.

Nossos nutricionistas devem ser consultados em caso de dúvida.



## • Qual é o papel do acompanhamento psicológico e psiquiátrico?

A cirurgia da obesidade geralmente gera grandes expectativas e ansiedade nos pacientes por ser considerada, por muitos, como o último recurso após um longo período de sacrifícios, decorrentes das dietas, exercícios e medicamentos que não apresentaram resultados concretos.

Por isso, o papel do psicólogo é fundamental na evolução de qualquer paciente. Ele avaliará o grau de compreensão e participação do paciente em seu tratamento. O paciente será estimulado a falar sobre si mesmo, compreender suas motivações e discutir a respeito desse grande passo no tratamento da doença.

Esse profissional poderá ainda detectar a presença de transtornos psicológicos que podem postergar ou mesmo contraindicar a cirurgia. Nos primeiros meses após a cirurgia, o paciente enfrentará o desafio de modificar profundamente seus hábitos alimentares, além de lidar diariamente com as mudanças em seu corpo. Em alguns casos, podem surgir conflitos relacionados à percepção da nova imagem corporal.

## • Qual é o papel do médico clínico e/ou cardiologista?

Ele é responsável pela avaliação das condições clínicas e cardiológicas do paciente no pré-operatório. Nessa fase, as doenças associadas são controladas e as doses de medicamentos usados são ajustadas para minimizar o risco do procedimento. Ainda, o profissional também emite a Avaliação do Risco Cirúrgico. Em pacientes mais graves, o acompanhamento no pós-operatório imediato também é necessário. Com a perda de peso, muitas comorbidades, como hipertensão e diabetes, apresentam melhorias significativas ou até são curadas. Nesse contexto, o clínico ou cardiologista monitora a gradual redução das doses ou a suspensão dos medicamentos utilizados para o controle dessas doenças.

## • A assistência da fisioterapia é necessária?

A assistência fisioterápica é de fundamental importância no pré-operatório, no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio. Nas duas primeiras fases, o foco do trabalho está na prevenção de fenômenos tromboembólicos e complicações respiratórias. O paciente é avaliado no pré-operatório, onde é prescrito o tratamento que terá início dez dias antes da cirurgia e persistirá por mais dez dias após a alta hospitalar. O paciente também será orientado sobre a necessidade da sua participação ativa no seu processo de reabilitação.

O atendimento no pós-operatório tardio, 30 a 40 dias após a cirurgia, tem como objetivo promover a reeducação postural e uma melhor consciência do novo corpo. Contamos com a fisioterapia dermatofuncional que, em conjunto com a cirurgia plástica, atua na parte estética, oferecendo tratamentos específicos para flacidez, estrias e outros aspectos.

## • O que é Bioimpedanciometria?

A Bioimpedanciometria é um exame que faz a avaliação da composição corporal do indivíduo, ou seja, é possível, com esse exame, saber exatamente o percentual de gordura, de massa magra e de água presentes no organismo. O paciente faz a sua primeira Bioimpedanciometria no pré-operatório e após a cirurgia continua fazendo o exame a cada três meses até a estabilização do peso. Através dos resultados, é possível monitorar de maneira mais eficaz a qualidade da perda de peso do paciente, permitindo que o médico e outros profissionais da equipe multidisciplinar intervenham no processo de emagrecimento sempre que necessário, garantindo uma abordagem saudável.

## • Qual é o papel da Fonoaudiologia?

Nas técnicas cirúrgicas restritivas, a mastigação é de extrema importância para que o paciente se alimente bem e de forma confortável. Alguns pacientes são portadores de distúrbios mastigatórios acentuados. O fonoaudiólogo é o profissional que estuda esses distúrbios e, através de técnicas avançadas, dará orientações e treinamento adequado ao paciente.

## • Qual é o papel do Endoscopista?

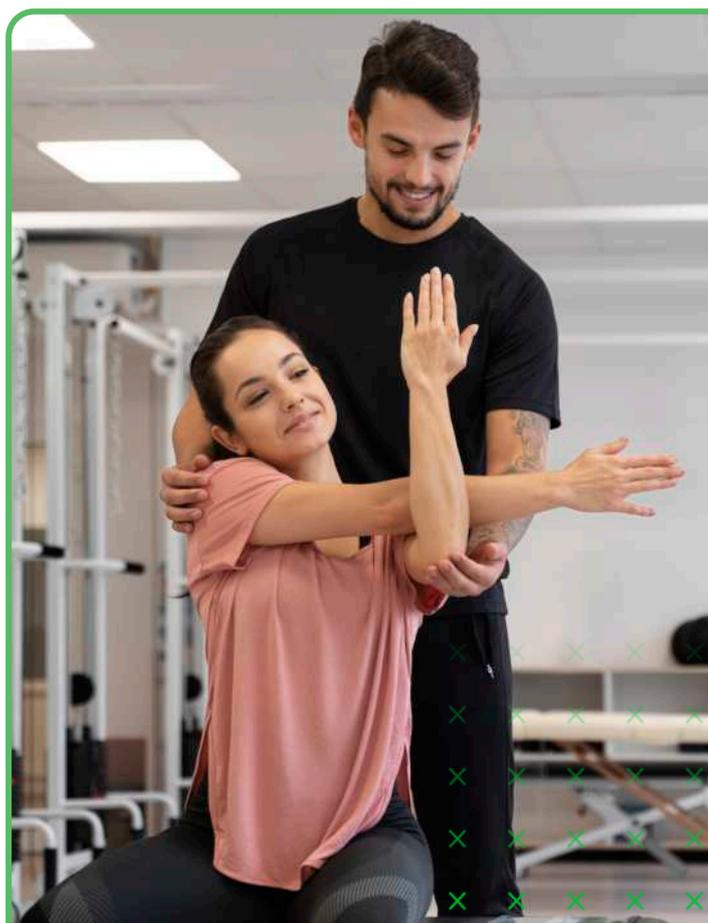
No pré-operatório, a endoscopia é realizada para diagnóstico de alterações que contraindiquem ou impeçam o procedimento cirúrgico ou imponham um tratamento prévio.

No pós-operatório, a endoscopia é utilizada para avaliação de sintomas e do próprio procedimento realizado, além de, eventualmente, atender a procedimentos terapêuticos.

## • Qual é o papel do Professor de Educação Física?

Sabemos que a atividade física, orientada no pós-operatório, é muito importante para melhorar a perda de peso, substituir a massa gorda (gorduras) por massa magra (musculatura), corrigir os vícios posturais e promover as definições corporais.

O profissional prescreve o melhor exercício para cada caso, estipulando metas de melhoria da condição física. Ele também é o responsável por definir os limites individuais da atividade física.



## • Qual é o tempo necessário para retornar às atividades habituais?

Nas cirurgias laparoscópicas, em uma a duas semanas o paciente pode retornar ao trabalho ou à escola, dirigir veículos automotores e ter relações sexuais. Nas cirurgias convencionais, o período para realizar tais atividades é de duas a três semanas.

## • O que é a infecção por *Helicobacter pylori* (H. pylori)?

A infecção por *Helicobacter pylori* (H. pylori) é uma infecção bacteriana que causa inflamação do estômago (gastrite), úlcera péptica e determinados tipos de câncer de estômago. É a causamais comum de gastrite e úlcera péptica em todo o mundo. A infecção é muito comum e aumenta com a idade. Aproximadamente 50% das pessoas nos Estados Unidos são infectadas até os 60 anos de idade. Contudo, estudos recentes demonstram que a bactéria H. pylori vem infectando um número cada vez menor de pessoas jovens no mundo. Em nosso serviço, fazemos a Endoscopia Digestiva com biópsia e pesquisa de H. pylori em todos os pacientes antes da cirurgia. Quando o resultado é positivo, tratamos com antibióticos e inibidores de bomba de próton (Esogastro IBP®). Assim, acreditamos que podemos minimizar problemas no período do pós-operatório.

## • O que é o DRGE – Doença Do Refluxo Gastroesofágico?

A Doença Do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é definida como uma condição em que o conteúdo ácido do estômago, a bile e alimentos retornam para a porção mais distal do esôfago, causando inflamação de sua parede. Um dos principais sintomas é a sensação de queimação que sobe da região superior do abdome até a garganta e ocorre em 10 a 20% dos adultos. Também acontece em bebês, às vezes a partir do nascimento. Pacientes bariátricos podem apresentar DRGE em algum momento, sendo que a maioria dos casos podem ser tratados e controlados com mudanças dietéticas e uso de inibidores de bomba de próton (Inilok®).

## • Qual é a importância da assistência nutricional?

O nutricionista analisa a condição alimentar e nutricional do paciente, orientando-o na mastigação correta, na escolha de alimentos adequados e na dieta durante os primeiros meses do período pós-operatório, corrigindo algumas transgressões que possam ocorrer. Além disso, o nutricionista deve avaliar a adaptação do paciente ao método cirúrgico e opinar sobre a técnica cirúrgica a ser utilizada. Sua participação é essencial para que a perda de peso ocorra de maneira eficaz e saudável, independentemente da técnica cirúrgica adotada.

## • A anemia é frequente após as operações?

Mulheres em idade fértil submetidas, principalmente, ao Bypass Gástrico podem desenvolver anemia por deficiência de ferro. Recomendamos, quando possível, considerar a interrupção da menstruação ou a redução do fluxo menstrual, por meio de métodos hormonais, preferencialmente não orais, para evitar possíveis problemas de absorção. Essa decisão deve ser discutida em conjunto com o cirurgião bariátrico e o ginecologista.

## • E o papel do endocrinologista?

Alterações endocrinológicas são, raramente, responsáveis pela obesidade. Na maioria dos casos, a obesidade agrava ou é a causa de doenças como o diabetes. O endocrinologista desempenha um papel importante ao detectar e tratar esses problemas, confirmar a ineficácia do tratamento clínico e opinar sobre a técnica cirúrgica mais adequada. Além disso, é responsável pelo controle clínico e metabólico no período pós-operatório, a curto, médio e longo prazos. Com o emagrecimento, doenças endócrinas, como o diabetes e algumas doenças da tireoide, tendem a apresentar melhorias. A redução ou suspensão dos medicamentos para controle dessas doenças é realizada por esse profissional.

## • Quando o cirurgião plástico deve ser procurado?

O cirurgião plástico desempenha um papel fundamental no pós-operatório tardio, e geralmente atua de dezoito a vinte e quatro meses após a cirurgia bariátrica. Sua principal função é reconstruir e reparar os excessos de pele que surgem com o emagrecimento, visando aprimorar a estética e contribuir para o aumento da autoestima.

## • Será necessário o uso de vitaminas pelo resto da vida?

Em todas as técnicas de cirurgia bariátrica é necessário a suplementação de vitaminas e minerais (Quelatus Bari®), com o objetivo de evitar as carências de substâncias como o ferro, cálcio, vitamina B12 (Betrat®), vitaminas do complexo B (B1, B6 e B12) Citoneurin®, e ácido fólico e suas consequências. Ocasionalmente, exames de sangue serão realizados para dosar esses componentes. Esse controle médico é fundamental e deverá acompanhar o paciente por toda sua vida.

De acordo com as recomendações atuais, a suplementação vitamínica deve ser realizada pelo resto da vida. Em casos de deficiência de Vitamina D, utilizamos a reposição com DPrev® associado à exposição solar moderada.



## • Como será o emagrecimento?

Normalmente, os pacientes têm uma perda de peso que varia entre 30% a 50% do seu peso inicial, correspondendo a aproximadamente 70% a 80% do excesso de peso. Nos primeiros meses, o emagrecimento é mais significativo, mas diminui, progressivamente, até se estabilizar, o que geralmente ocorre entre dezoito e vinte e quatro meses após a cirurgia.

## • É possível engravidar após a operação?

Perfeitamente. Devemos ressaltar que a gravidez, durante o primeiro ano de pós-operatório, é contraindicada, devido ao grande emagrecimento. Nesse período, há riscos de abortamento, parto prematuro e desnutrição da mãe e do feto. Aconselhamos a utilização de métodos contraceptivos eficazes nessa fase. Após a estabilização do peso, a paciente poderá engravidar-se. Recomenda-se, no entanto, acompanhamento pré-natal e endocrinológico periódico.

## • Existem riscos na cirurgia?

Toda cirurgia envolve certos riscos, razão pela qual conduzimos uma avaliação pré-operatória abrangente para minimizá-los. Devido às características da obesidade, podem ocorrer complicações clínicas e cirúrgicas graves, como embolia pulmonar (quando um coágulo formado nas pernas se desloca para os pulmões) e fístulas digestivas (vazamentos de secreções digestivas nas suturas do estômago e intestino). A mortalidade relatada nos estudos médicos é inferior a 0,5%.

## • Quais as vantagens de ter a carteirinha da cirurgia?

Na carteirinha oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica está especificada a técnica cirúrgica utilizada, o que direciona o atendimento do paciente em situações de urgências.

## 7. ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

- 1.** Realize todos os exames e preparos pré-operatórios; obtenha os laudos necessários.
- 2.** Exames de endoscopia digestiva, bioimpedanciometria e consultas com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta devem ser feitos, preferencialmente, no Instituto de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital Felício Rocho, pois os resultados serão revisitados no pós-operatório para análise comparativa e individualizada.
- 3.** Após a conclusão dessa fase, a autorização da cirurgia deve ser feita junto ao convênio, caso seja aplicável. Recomenda-se levar consigo todos os exames, laudos e relatórios necessários. Para evitar contratemplos, é aconselhável realizar essa solicitação apenas quando todos os documentos estiverem disponíveis.
- 4.** Recomenda-se levar para o hospital algumas garrafas de Gatorade e água de coco. Esses itens podem ser úteis caso a dieta hospitalar não seja fornecida no horário previsto.
- 5.** A cirurgia é realizada sob anestesia geral, com duração média de 90 a 120 minutos.
- 6.** O período de internação é de dois dias, em situações habituais.
- 7.** Em casa, é recomendado caminhar frequentemente e realizar os exercícios respiratórios conforme orientado. Evite permanecer em repouso na cama. É permitido e até incentivado subir e descer escadas, incluindo as do seu prédio, se você morar em apartamento.

**8.** Não há necessidade de cuidados especiais com as feridas cirúrgicas. Lave-as com água e sabão e mantenha-as secas. Não é necessário utilizar curativos oclusivos, mas, se preferir, não há contraindicação para o uso de uma fita de micropore, que pode auxiliar na qualidade estética da cicatriz.

**9.** O primeiro retorno deve ser agendado para uma semana após a cirurgia. Nesse retorno, o paciente será liberado para realizar caminhadas leves e progressivas, além de dirigir veículos automotores dentro da cidade. Pilotar motocicletas e andar de bicicleta é aconselhável após 30 dias.

**10.** Recomendamos reservar de uma a duas semanas de afastamento do trabalho ou da escola / faculdade para garantir uma recuperação adequada.

**11.** Relações sexuais estão liberadas após duas semanas. Recomendamos precauções para evitar uma gravidez antes do momento apropriado, pois o emagrecimento pode aumentar a fertilidade. É aconselhável o uso de métodos anticoncepcionais não hormonais.

**12.** Recomenda-se a suspensão de contraceptivos hormonais orais ou injetáveis 30 dias antes da operação, retomando o uso 30 dias após a cirurgia, devido ao potencial aumento da incidência de trombozes. A gravidez é contraindicada no primeiro ano pós-operatório.



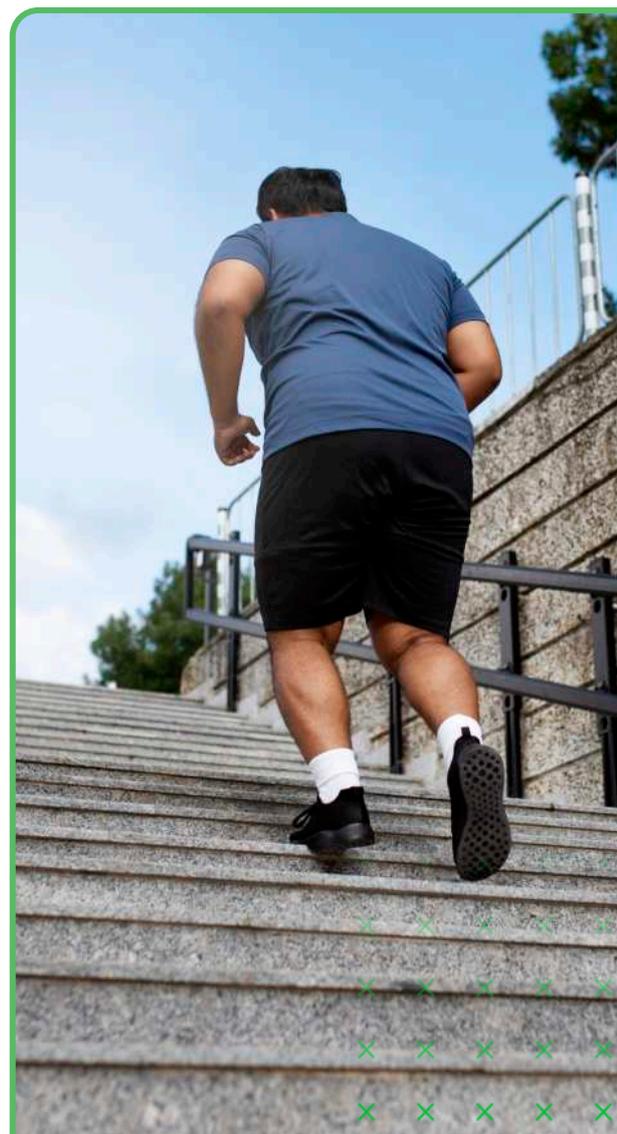
**13.** Nos primeiros 15 dias, comprimidos inteiros não devem ser ingeridos; recomenda-se dissolvê-los em água ou triturá-los. Entre o 15º e o 30º dia, comprimidos pequenos podem ser deglutidos, enquanto os maiores devem ser fracionados. Após 30 dias, os comprimidos podem ser ingeridos inteiros.

**14.** Exercícios físicos intensos, como academia, musculação, corridas, lutas e natação, podem ser iniciados após 30 dias.

**15.** A suplementação vitamínica e mineral será prescrita pelo cirurgião na consulta de 30 dias. Evitamos iniciar no primeiro mês devido ao possível enjoo e à dificuldade de deglutição dos comprimidos. Qualquer pessoa possui uma boa reserva, acumulada ao longo dos anos.

**16.** Durante os primeiros três meses pós-operatórios, será utilizado um bloqueador da secreção ácida do estômago para prevenir úlceras e gastrites. Recomendamos o uso de Éσιο® 40 mg, um comprimido pela manhã, preferencialmente dissolvido em água, sendo apropriado para os dias de dieta líquida. Vale destacar que o genérico não é desprezível e apresenta sabor desagradável.

**17.** O período pós-operatório deve, em sua normalidade, apresentar uma evolução favorável, ou seja, cada novo dia deve ser melhor que o anterior. Esteja atento a alterações nessa evolução, como piora da dor, febre e falta de ar. Em caso de qualquer anomalia, entre em contato precocemente com o cirurgião. Em situações de urgência, dirija-se ao Pronto Atendimento do Hospital onde foi operado e evite procurar outro Hospital.



**18.** A queda de cabelo é um efeito colateral frequente no período de 3 a 6 meses pós-operatório. Para minimizar esse efeito, são recomendadas medidas como seguir uma alimentação adequada e orientada pela nutricionista, além da suplementação de proteínas, polivitamínicos e minerais. Essas ações contribuem para a saúde capilar durante o processo de recuperação após a cirurgia bariátrica.

**19.** Esclareça todas as suas dúvidas com a nossa equipe! Estamos totalmente preparados para oferecer um atendimento de excelência e proporcionar as informações necessárias para o seu conforto e entendimento.



DESEJAMOS UMA ÓTIMA CIRURGIA  
**E BOA RECUPERAÇÃO.**

*Nossa missão é cuidar das pessoas!*

**HOSPITAL FELÍCIO ROCHO**

AVENIDA DO CONTORNO, 9530 | BARRO PRETO  
BELO HORIZONTE  
(31) 3514-7000

**INSTITUTO DE CIRURGIA  
BARIÁTRICA E METABÓLICA**

RUA PLATINA, 33 | BARRO PRETO  
BELO HORIZONTE  
(31) 3514 -7000