

Termo de conscientização

A cirurgia de obesidade é uma cirurgia de grande porte e é realizada apenas por razões estritas em pacientes obesos mórbidos, com pouquíssimas exceções. Seu cirurgião reserva-se no direito de interpretar essas razões e indicar ou contra-indicar a cirurgia baseado no julgamento clínico dos pacientes.

A obesidade mórbida pode causar ou acelerar o desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial (pressão alta), arteriosclerose, infarto no coração, doença pulmonar (falta de ar), doenças digestivas (hérnia do hiato, esteatose, fígado gorduroso), artrose (doenças nas articulações do joelho, dos pés e da coluna), vários tipos de hérnia, cálculos na vesícula, varizes nas pernas, infertilidade, impotência, apnéia (dificuldade de respirar) e doenças psíquicas.

A obesidade mórbida pode aumentar a taxa de complicações na gravidez e a incidência de câncer em mulheres, principalmente na mama e no útero. No homem aumenta a incidência do câncer de próstata e intestino grosso.

Todas essas doenças podem reduzir a expectativa de vida dos obesos em aproximadamente 15 anos. A cirurgia só pode ser feita após esgotar todos os métodos para emagrecer tais como: dietas, exercícios e tratamento com nutricionistas e endocrinologistas.

A cirurgia de obesidade não é realizada por mera vaidade. O exposto acima e que justifica a realização deste tipo de cirurgia, sendo absolutamente necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar antes e após a cirurgia. **A pessoa que será operada deve estar absolutamente ciente que a cirurgia é a última forma possível para conseguir o seu emagrecimento.** Deve conscientizar-se que seu estômago será reduzido e que haverá redução no comprimento do seu intestino. Contudo, haverá certos números de conseqüências de intensidades variáveis de acometimento: diarreia, gases intestinais, vômitos, cólicas, dor no peito quando não mastiga bem, regurgitação, tonturas, suor frio,

fraqueza e etc. Sabe-se que há redução da função do fígado e pâncreas em aproximadamente 30 a 40%.

Há vários tipos de cirurgia viáveis aos pacientes obesos mórbidos, como: Gastroplastia, Scopinaro, a Capella (grampeamento do estômago) e a Duodenal Switch. Banda Gástrica (restrição gástrica com bandagem). Balão Intra-Gástrico (colocação de balão no estômago), etc., como citado esses procedimentos cirúrgicos são realizados quando todos os procedimentos clínicos foram exauridos. A cirurgia é indicada pelo endocrinologista como última alternativa e cabe ao cirurgião a escolha da melhor técnica a ser realizada no paciente.

Após a cirurgia espera-se uma redução de 50% do peso extra após 1 ano e 95% pós 2 anos. Embora isso aconteça com a maioria dos pacientes alguns não conseguem essa perda ou apresentam reganho de peso ao longo do tempo. É importante ressaltar que a cirurgia somente auxilia na perda de peso, não tendo nenhuma magia ou garantia para que isso ocorra. Entretanto o paciente deve cooperar e fazer mudanças no seu estilo de vida, com pequenas refeições diárias, cortando os lanches, bebendo quase todos os líquidos sem calorias, comendo vagarosamente e fazendo outras mudanças nos hábitos de comer e beber. Deve-se salientar que 10% dos pacientes após 1 ou 2 anos voltam a ganhar peso.

Quase todos os cirurgiões que realizam cirurgia de obesidade têm complicações em algum momento. Todo paciente tem um risco real para uma ou mais complicações. Não há garantias que o paciente não venha sofrê-las. As complicações que podem ocorrer são:

- a) Infecção de parede (abscessos), cavidade corporal (abdominal ou tórax), pulmões (pneumonia, por exemplo);
- b) Inflamação ou infecção dos órgãos: pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagites com dor no peito, queimação, etc.), fígado (hepatite), vesícula biliar (colecistite, cálculos), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite). Bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal);

- c) O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisa ser removido. Isso pode aumentar seriamente o risco de infecção pós-operatória;
- d) Insuficiências dos órgãos como coração, rins, fígado, pulmões podem ocorrer;
- e) Coágulos das veias dos membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões (embolia pulmonar), causando dificuldades para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos também podem resultar em edema ou ulcerações ou permanentes, nas pernas;
- f) Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou através da pele, podendo ocasionar drenagem para uma bolsa por um longo período;
- g) Ocorrem alterações no paladar e nas preferências alimentares . Muitos pacientes têm dificuldades em comer certos alimentos tipo carne vermelha, de costume antes da cirurgia. Algumas vezes após a cirurgia pode ocorrer intolerância por certas comidas em alguns pacientes;
- h) Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório gástrico ou intestino, necessitando de dilatação por instrumentos ou endoscopias (que têm seu próprio risco). Tubos para alimentação podem ser passados para o estômago, intestinos ou veias, caso o paciente seja incapaz de comer ou beber o suficiente pela boca, podendo necessitar de uma cirurgia;
- i) Vômitos, diarreias e excesso de gases ocorrem com frequência podendo ser um problema ao comer certos tipos ou quantidades de comida;
- j) Sangramento ou fístula do estômago e do intestino por abertura dos grampos cirúrgicos ou sutura (costura) manual, pode ocorrer necessidade de transfusão ou de reoperação;
- k) Complicações de anestesia. O paciente devido ao excesso de peso pode ter dificuldade de respirar no pós-operatório, necessitando ficar na UTI com tubo de respiração auxiliados por aparelhos ou não;
- l) Problemas psíquicos podem ser precipitados ou potencializados após a cirurgia, tais como: depressão (aproximadamente 20% dos pacientes operados vem a apresentar este quadro) bulimia, troca de compulsão (ex: alcoolismo, compulsão por jogo, compras, etc.), transtornos de ansiedade, dificuldades de relacionamento, entre outros em qualquer momento do processo pós-operatório. Isto significa que

comprometimentos psicológicos podem acontecer tanto no pós-operatório imediato quanto a médio e longo prazo, o que confirma a necessidade de acompanhamento psicoterápico durante o processo.

- m) Problemas psicológicos podem evoluir para diagnósticos psiquiátricos graves, necessitando de acompanhamento e/ou internação em clínica especializada quando há risco de morte aumentando para o paciente.
- n) Vômitos persistentes, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, etc., podem ocorrer e podem fazer o paciente pensar seriamente em desfazer a cirurgia em certos momentos;
- o) A reoperação pode ser necessária e nenhum paciente deve submeter-se à cirurgia de obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade, caso se torne real;
- p) Após meses e anos, qualquer tipo de problema nutricional ou infecção pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais, etc.,. Sintomas disso podem incluir mal estar, paralisias, confusão, exantemas, anemias, queda de cabelo, problemas de ossos ou articulações, ferimentos que cicatrizam com dificuldade, irritabilidade na língua, cegueira noturna, dormência, etc. Após a cirurgia da obesidade é necessário tomar suplementos vitamínicos e acompanhamento do cirurgião da obesidade, ou um médico bem experiente nesta área, por toda a vida. A comida pode parar no anel da bolsa gástrica, obstruindo a passagem de alimentos, sendo necessária a retirada através de um tubo especial;
- q) Devido à possibilidade de problemas no futuro, os pacientes operados da obesidade precisam ser seguidos por um profissional experiente nesta área por toda a vida;
- r) Mesmo que o paciente alcance a meta da perda de peso, não significa que ele estabilize este peso para o resto de sua vida, podendo perder mais peso ou eventualmente ganhar peso após este emagrecimento em qualquer época após a cirurgia;
- s) Com a perda de peso, a pele dos braços, pernas, pescoço, abdome, face ou qualquer outro local pode tornar-se enrugada, curvando-se ou pendurando-se como uma grande dobra. Isso pode tornar-se totalmente irritante, embaraçoso ou evoluir com erupção da pele ou infecções e odores. Em consequência disso, o

- paciente pode sentir a necessidade de outras cirurgias futuras depois de perder peso (cirurgia plástica);
- t) Seroma – saída de um líquido amarelo claro pelo local do corte da cirurgia também poderá ocorrer, mas não significa infecção ou problemas internos;
 - u) A equipe cirúrgica estará disponível para discutir ou orientar qualquer questão relacionada com o pré, intra e pós-operatório;
 - v) A morte também é uma possibilidade resultante da cirurgia. A estatística no Brasil mostra que aproximadamente de 0,5 a 1% dos pacientes podem evoluir para óbito.

ORIENTAÇÕES APÓS A CIRURGIA

- a) A alimentação nos 30 (trinta) primeiros dias após a cirurgia será constituída apenas de líquidos não calóricos e apenas adoçantes dietéticos são admitidos;
- b) O uso de alimentos calóricos, tal como pudins leite condensado, sorvetes, milkshakes, sundaes, etc., poderá causar diarreia, tontura, queda de pressão arterial, além de prejudicar a perda de peso;
- c) Devem-se tomar pelo menos 2 (dois) litros de líquidos por dia, incluindo caldos salgados, isso fará que a urina fique “clara”, evitando a desidratação e a formação de cálculos renais (pedras nos rins);
- d) A cada 02 (dois) ou 03 (três) minutos, enquanto estiver acordado, o paciente deverá tomar 20 ml de líquido;
- e) Sensações passageiras de mal estar e queda de cabelos são normais, contudo estes sintomas não são permanentes;
- f) Deve-se usar uma faixa abdominal por 45 (quarenta e cinco) dias ou mais, podendo tirá-la para dormir em caso de cirurgias convencionais;
- g) Não deve fazer esforços físicos nos primeiros 90 (noventa) dias após a cirurgia.

Eu li tudo acima, que foi descrito pelo meu cirurgião. Eu entendi este material, os riscos, as possíveis complicações, outras escolhas e os benefícios possíveis da cirurgia de obesidade, bem como a cirurgia que meu cirurgião recomenda para o meu caso.

Assinando esta declaração eu estou demonstrando que li e aceitei todos os termos acima sem qualquer dúvida. Fui encorajado (a) a perguntar aos profissionais da equipe multidisciplinar todas as questões, sendo todas bem respondidas, e entendi todas as respostas.

Portanto, em atenção ao princípio da autonomia do paciente assino o presente termo, ciente de todos os riscos e objetivos do tratamento.

São José dos Campos, de 20

Paciente

Nome

CPF

RG

Testemunha

Nome

CPF

RG

Nome

CPF

RG