**Estudo de caso**

**Respostas**

1. Os critérios, segundo o Ministério da Saúde, são: IMC≥50 kg/m2, IMC≥40 kg/m2 com presença ou não de morbidades associadas e que passaram por tratamento de perda de peso, incluindo o medicamentoso, por no mínimo 2 anos. IMC>35 kg/m2 para indivíduos com morbidades e alto risco cardiovascular, assim se entendendo a hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo II, apneia do sono, doenças articulares. Estes indivíduos devem ter sido submetidos a tratamento, por pelo menos 2 anos, sem sucesso.

2. No período pré-operatório o nutricionista deve orientar o paciente sobre as mudanças que ocorrerão no período pós-operatório, desde as complicações até os novos hábitos alimentares e a quantidade de comida que deve ser ingerida a cada refeição. É necessário identificar novos hábitos alimentares, incluindo até transtornos. É necessário orientar o paciente sobre qual será a possível perda de peso que ele poderá alcançar com a intervenção, a fim de diminuir futuras frustações com metas exorbitantes. Também se preconiza a conduta de perda de peso em torno de 5% do peso inicial no período pré-cirúrgico.

3. No período pós-operatório imediato, após a liberação do jejum, o paciente deverá se alimentar somente com alimentos líquidos sem a presença de qualquer pedaço de alimento. O volume também será bem reduzido, por isso preconiza-se que o paciente realize diversas refeições ao longo do dia. A evolução da dieta será bem gradual, com introdução de dieta liquida batida homogênea, e evoluindo aos poucos, conforme tolerância, para dietas com purês, logo após as contenha pedaços de alimentos bem cozidos. É necessário frisar que esta evolução deve vir acompanhada pela orientação do consumo de pequenas porções e preconizar que o indivíduo mastigue muito bem as refeições. Por ser bem restrita, deve-se monitorar possíveis deficiências nutricionais e a estimulação da ingestão de proteínas deve ser constantemente promovida, incluindo complementação, se necessário.

4. A síndrome de dumping é um conjunto de sintomas típico em pacientes que realizaram procedimento de gastrectomia. Inclui-se entre os principais sintomas: vômitos, distensão abdominal, náuseas, inquietação, cansaço. Ela está relacionada com entrada rápida e maciça de carboidratos de fácil absorção na porção duodenal, típicas de alimentações ricas em alimentos açucarados e ingestão de líquidos juntos à refeição.

Após a ressecção gástrica é normal haver alteração de grelina e GLP-1. A grelina é responsável pelo efeito anorexígeno no hipotálamo, ao passo que o GLP-1 atua na motilidade gástrica e intestinal funcionando no retardamento do esvaziamento gástrico e na motilidade do intestino delgado. É importante destacar que o GLP-1 também tem ação no pâncreas aumentando e estimulando a secreção de insulina. A alteração desses hormônios após cirurgia é responsável pelo controle do apetite encontrado nos pacientes gastrectomizados, principalmente nos primeiros meses.

Após a cirurgia alguns hábitos alimentares deverão ser incorporados no cotidiano dos pacientes para que estes não apresentem sintomas gastrointestinais (tais como a impactação, vômitos) e até retorno do peso. Entre esses novos hábitos a serem adquiridos e trabalhados estão a correta mastigação dos alimentos, para que o estômago não necessite aumentar muito a sua motilidade para triturar os alimentos recebidos. A incorporação de pequenas porções, inclusive no almoço e jantar deve ser também constantemente estimulada, já que o volume gástrico será bem reduzido no pós-cirúrgico e poderá haver acumulo de alimento na região distal do esôfago.