

## Resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo

### Results of bariatric surgery in the long term

Thamara Nestor Reis<sup>1</sup>; Minisa Marriene Fernandes da Silva<sup>1</sup>;  
Vivian Freitas Silva Braga Silveira<sup>2</sup>; Raquel Dully Andrade<sup>3</sup>

**Resumo:** A obesidade é uma doença crônica e progressiva que vem atingindo milhares de pessoas no mundo todo. Devido ao problema colocado, a cirurgia bariátrica é indicada para pacientes com obesidade mórbida (IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>) ou aqueles com obesidade acompanhada de comorbidades. De modo geral, a cirurgia bariátrica apresenta uma taxa de sucesso consistente, promovendo redução do excesso de peso. Contudo, há fatores que evidenciam alterações no estado nutricional dos pacientes submetidos à cirurgia no decorrer dos anos. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo compreender os resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo, uma vez que a mesma é capaz de oferecer uma nova perspectiva de vida aos obesos mórbidos. A pesquisa foi desenvolvida com seis sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica há cinco anos ou mais, sendo utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista gravada, tendo como análise a abordagem qualitativa, usando-se a técnica de análise temática, sendo que emergiram os seguintes temas: 1- Processo cirúrgico; 2- Benefícios; 3- Malefícios; 4- Adaptação alimentar; 5- Suplementos alimentares; 6- Importância da nutrição; 7- Atuação da equipe multidisciplinar e 8- Percepção em relação à cirurgia. Através deste estudo, concluímos que os fatores determinantes do desenvolvimento da obesidade nos pacientes analisados foram a genética e o psicológico. O processo de indicação da cirurgia deve ser minuciosamente estudado devido principalmente ao comportamento pós-cirúrgico do paciente, pois a ausência de uma equipe multidisciplinar pode prejudicar o sucesso esperado. Os sujeitos do presente estudo perderam consideravelmente o excesso de peso, com satisfatória manutenção a longo prazo, e relataram que a cirurgia trouxe diversos benefícios. O acompanhamento nutricional é de extrema importância e deve ser realizado do pré ao pós-cirúrgico e por um tempo prolongado, onde o profissional nutricionista irá ajudar no que diz respeito à alimentação e substituições que trarão benefícios ao indivíduo.

**Palavras-chave:** Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica; Comorbidades.

**Abstract:** The obesity is a chronic and progressive disease is reaching thousands of people worldwide. Due to the problem raised, the bariatric surgery is indicated for patients with morbid obesity (IMC greater than 40 kg/m<sup>2</sup>) or those with obesity associated with comorbidities. In general, the bariatric surgery has a success rate consistent, promoting reduction of overweight. However, here are factors that show changes in the nutritional status of patients subjected to surgery over of the years. Thus, this study aims to understand the results of bariatric surgery in the long term, since it is able to offer a new perspective of life for morbidly obese. The research was developed with six subjects who underwent to bariatric surgery for 5 years or more, with the qualitative approach to analyses and thematic analyses, and the instrument of data collection the recorded interview, in which the following themes emerged: 1- Surgical procedure; 2- Benefits; 3- Harms; 4- Adapting food; 5- Dietary supplements; 6- Importance of nutrition; 7- Activities of the multidisciplinary team e 8- Perception in relation to surgery. Through this study, we concluded that the factors determining the development of obesity in analyzed patients were the genetic and the psychological. The nomination process of the surgery must be carefully studied, mainly, due to be behavior of post-surgical patient, since the absence of a multidisciplinary team may impair the success expected. The subjects of this study lost considerably the excess of weight, with satisfactory long term maintenance and reported that the surgery has brought many benefits. The nutritional monitoring is extremely importance and must be done from pre to post-surgical and for more prolonged periods, where the professional nutritionist will help in regard to feeding and replacements that will benefit the individual.

**Keywords:** Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Comorbidities.

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Nutrição da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG).

<sup>2</sup>Nutricionista, Profa. Me. do Curso de Nutrição da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG).

<sup>3</sup>Enfermeira, Profa. Dra. do Curso de Nutrição da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP|UEMG).

E-mail: raquel.andrade02@fespmg.edu.br

## INTRODUÇÃO

O tema da Cirurgia Bariátrica a Longo Prazo aponta um grave problema que atinge milhares de pessoas: a obesidade mórbida, sendo grande a procura dessa cirurgia por aqueles que buscam melhora na saúde, qualidade de vida e satisfação pessoal.

A ausência de um trabalho educativo, somada aos hábitos e tabus alimentares, tendo por base informações distorcidas pelos mais variados interesses, leva o indivíduo ao desequilíbrio nutricional, acontecendo o mesmo quando há ingestão excessiva de alguns nutrientes em detrimento de outros, ou ainda, a deficiência da oferta dos nutrientes que são elementos vitais para a saúde humana. Fica evidente que uma alimentação equilibrada é um dos quesitos básicos para haver boa qualidade de vida (VILLELA; SANTOS, 2001).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento da incidência da obesidade ocorre em ambos os sexos, independente da classe social e nível cultural, sendo considerada um problema de saúde pública (PEDROSA et al, 2009). Os autores Valezi et al (2008), complementam que a obesidade é uma doença metabólica de origem multifatorial, envolvendo fatores genéticos, endócrinos e ambientais. O aumento do peso corpóreo associa-se a muitas comorbidades, dentre elas a apnéia do sono, diabetes tipo 2, artrite degenerativa, hipertensão arterial, hiperlipidemia, problemas psicológicos, sociais e diminuição da qualidade de vida.

Convém lembrar que a obesidade, está associada a alterações psiquiátricas, podendo atingir até 50% dos pacientes obesos mórbidos e que também está ligada à maior dificuldade nos relacionamentos interpessoais (LEAL; BALDIN, 2007).

O aumento do consumo de alimentos industrializados e elevado teor de calorias, a falta das atividades físicas são fatores que levam a população a manter o peso acima do ideal.

A obesidade tem sido tratada, por programas que envolvem dietas, exercícios, orientações comportamentais e psicológicas e utilização de drogas para diminuição do apetite, porém essa abordagem, apesar de conseguir reduzir o peso, não consegue manter os resultados a longo prazo (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2001).

Desta forma, a grande maioria dos obesos opta por tratamentos como dietas radicais e/ou uso abusivo de medicamentos e não uma reeducação alimentar conforme é indicado. Assim, quando interrompem o tratamento, acabam recuperando o peso perdido.

Segundo dados da OMS, a obesidade é classificada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), que correlaciona o peso (em quilos) com a altura (em metros ao quadrado) e, baseando-se no risco de mortalidade, independe do sexo e idade. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau II, entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup> e obesidade

grau III ou mórbida, acima de 40 kg/m<sup>2</sup> (GARRIDO JÚNIOR et al, 2006).

A cirurgia bariátrica ou popularmente, redução de estômago, reúne técnicas destinadas ao tratamento da obesidade e das comorbidades. Assim, o objetivo da cirurgia não é apenas a perda de peso, mas também a cura ou melhora das comorbidades.

Atualmente, a terapia é considerada a melhor maneira para reduzir o excesso de peso corpóreo, resultando assim em melhora na qualidade de vida, pois contribui na diminuição das comorbidades. Além disso, pacientes obesos submetidos ao tratamento cirúrgico apresentam redução na mortalidade e menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, neoplasias, alterações endócrinas, anormalidades psiquiátricas e mentais quando comparados aos obesos que não foram submetidos à cirurgia (COSTA et al, 2010).

O tratamento cirúrgico está indicado para pacientes mórbidos (IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>) ou com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup> associada à comorbidades. Além dessas indicações, todos os pacientes que apresentarem comorbidades significantes e relacionadas ao excesso de peso devem ser considerados para o tratamento cirúrgico. Dentre as complicações estão: diabetes tipo I, hipertensão, hiperlipidemia, doença coronariana, obstrução venosa ou linfática, apnéia do sono e hipertensão pulmonar da obesidade (SILVA; MURA, 2007).

O acompanhamento da equipe multidisciplinar é de total importância para que o paciente consiga os melhores resultados cirúrgicos ao longo de sua recuperação.

Para a SBCBM (2011), os benefícios da cirurgia bariátrica incluem perda de peso, remissão das comorbidades, diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida. Os riscos são os mesmos de outras cirurgias abdominais. Por esta razão, deve ser feita em hospital com estrutura adequada e por médicos associados à SBCBM e regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

Para Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2001), a seleção de pacientes requer um tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional. É contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal (IR), lesão do miocárdio, cirrose hepática, dependência química, falta de colaboração do paciente, esquizofrenia, desordens psiquiátricas e depressão não controlada. Pacientes com síndrome de obesidade terminal (DM grave + HAS não controlada + hiperlipidemia) devem ser internados no pré-operatório para tratamento das complicações, a fim de reduzir os riscos.

Por se tratar de uma cirurgia delicada, a avaliação psicológica e de toda a equipe multidisciplinar devem ser feitas, pois apenas um parâmetro avaliado isoladamente não trará os devidos benefícios que o paciente busca.

Segundo Cruz e Morimoto (2004), a avaliação do estado nutricional é feita a partir da análise de exames

laboratoriais (hemograma completo, dosagem de proteínas totais e frações, ferro sérico, vitamina B12, ácido fólico e zinco, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico e uréia), antropometria (IMC atual, peso habitual), presença de doenças associadas, história mórbida familiar (HMF) e anamnese alimentar, a qual inclui métodos de frequência de consumo alimentar e recordatório 24 horas.

As duas modalidades cirúrgicas que vêm sendo realizadas são a Scopinaro e o “Duodenal Switch”, ambas são derivações biliopancreáticas, onde a restrição volumétrica não representa papel preponderante, havendo diminuição nos episódios de compulsão alimentar, perda ponderal do peso e a manutenção associadas à técnica da gastroplastia vertical com bandagem em Y de Roux (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Após a gastroplastia em Y de Roux, observa-se redução na ingestão calórica e alterações no padrão habitual dietético dos pacientes, o que explicaria a perda de peso (COSTA et al, 2010). Segundo Silva e Mura (2007), a derivação biliopancreática de Scopinaro consiste em uma gastrectomia parcial, criando um reservatório com capacidade de 200 a 500 ml, o que provoca uma pequena restrição alimentar.

A má absorção de nutrientes é uma das explicações para a elevada perda de peso, sendo que cerca de 25% de proteína e 72% de gordura deixam de ser absorvidos. Assim, nutrientes que dependem da gordura dietética para serem absorvidos, como as vitaminas lipossolúveis e zinco, estão mais suscetíveis a má absorção (BORDALO et al, 2011).

Deste modo, Silva e Mura (2007) concluíram que as técnicas desabsortivas são indicadas para super obesos, por oferecerem uma perda de 40 a 45% do peso.

Segundo Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2001), a técnica restritiva leva à restrição gástrica, dividindo o estômago em um pequeno segmento superior com volume menor ou igual a 30 ml, o qual se comunica com o restante do estômago por um estreito canal. Os procedimentos operatórios usados atualmente são: banda gástrica ajustável e gastroplastia vertical de bandagem, pois tratam-se de cirurgias de âmbito menos severo.

A gastroplastia vertical de bandagem separa o estômago em uma bolsa superior, obtida com a “abertura” de orifício seguido de grampeamento vertical e seguindo a orientação do esôfago de modo a formar uma bolsa. O canal formado é envolvido por um anel externo, feito de material não expansível - Marlex® ou Gorotex®. A banda gástrica ajustável consiste na implantação de uma banda regulável na porção alta do estômago, este artefato fica conectado a um dispositivo sob a pele, permitindo o seu ajuste volumétrico de acordo com a necessidade do paciente (FANDIÑO et al, 2004).

Para Silva e Mura (2007), as técnicas restritivas são apropriadas para pacientes com IMC inferior a 50 kg/m<sup>2</sup>, por garantirem perda de 25 a 30%, porém

há risco de reganho em compulsivos por doces e líquidos hipercalóricos.

Consistem em uma gastrectomia de 80% (elemento restritivo), associada à anastomose em Y de Roux, situada a 50 cm da válvula ileocecal (elemento desabsortivo). Apesar de sua eficiência, induz efeitos colaterais nutricionais, como a má absorção de Fe, Ca, vitamina B12 e de vitaminas lipossolúveis (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2001).

Nos últimos anos, a tendência predominante foi a associação da redução do reservatório gástrico (volume de 20 a 50 ml) e a restrição ao seu esvaziamento pelo anel de contenção a um pequeno prejuízo na digestão através de uma derivação em Y de Roux. A técnica mais utilizada foi proposta por Fobi e Capella, onde a ingestão de carboidratos simples pode ocasionar a chamada síndrome de “dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia), na qual desempenha papel na manutenção da perda de peso. É uma operação, com perdas médias de 35% a 40% do peso (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

O by-pass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, devido a sua segurança e eficácia. O paciente perde de 40% a 45% do peso inicial. Nesse procedimento, é feito o grampeamento de parte do estômago, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM, 2011).

Por se tratar de um método bastante agressivo ao organismo, recomenda-se, portanto, o uso frequente de suplementos vitamínicos-minerais com o objetivo de prevenir possíveis ocorrências de anemia ferropriva e perniciosa e/ou megaloblástica.

O pré-operatório tem o objetivo de otimizar a segurança e melhorar os resultados da cirurgia bariátrica. O paciente é aconselhado a perder 10% do seu peso antes da cirurgia para melhores condições à anestesia e à operação. Deve ser realizados exames como endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais, além de consultas com os profissionais obrigatórios: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA – SBCBM, 2011).

O nutricionista tem papel fundamental no acompanhamento do paciente a fim de prestar toda a orientação necessária no pós-operatório. 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 adequado por toda a vida. O paciente não está proibido de consumir guloseimas de vez em quando, porém não devem fazer parte de sua rotina e a quantidade deve ser controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA – SBCBM, 2011).

No pré-operatório, o indivíduo deve ter controle constante junto à nutrição, pois é importante orientá-lo a respeito das mudanças alimentares, da restrição calórica, o aprimoramento à disciplina alimentar e à seleção de alimentos. Uma avaliação psicológica no pré-operatório é importantíssima, uma vez que a alimentação está ligada a fatores psicológicos. Para a redução de peso e uma cirurgia bem sucedida, é necessário conscientizar o indivíduo das modificações no seu estilo de vida.

Segundo a SBCBM (2011), no pós-operatório, o paciente deve fazer consultas e exames laboratoriais periódicos, conforme o tipo de cirurgia e as rotinas. Caso haja comorbidades, elas devem ser acompanhadas por profissionais especialistas nessas doenças.

Para Silva e Mura (2007), a evolução alimentar deverá ser gradativa, devendo-se aumentar a consistência de acordo com a tolerância do paciente. A primeira fase consiste na dieta líquida que tem como objetivo o repouso gástrico; a segunda fase é a transição para a pastosa, onde os alimentos devem ser de fácil digestão. Na terceira fase, o paciente recebe a dieta branda com uma consistência próxima ao normal. Por fim, na quarta fase, a consistência é normal, com adequações nutricionais e preocupando-se com a seleção dos alimentos.

Portanto, o acompanhamento nutricional deve estar presente em todas as fases da cirurgia bariátrica, pois ajudará o indivíduo no pré-operatório, bem como o auxiliará nas melhores escolhas no pós-operatório e ao longo da sua vida.

Após a cirurgia o acompanhamento psicológico é necessário, pois pode aparecer novos fatores como o estresse, a ansiedade, ciúmes do parceiro, desejo de liberdade, entre outros. Além disso, o paciente pode criar expectativas que não serão atingidas com a perda de peso, porque dizem respeito a certas frustrações ou imaturidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM, 2011).

Para Bordalo et al (2011), as deficiências de micronutrientes colocam em risco o sucesso dos procedimentos cirúrgicos. Sua prevenção exige acompanhamento dos pacientes a longo prazo e o conhecimento das funções desses micronutrientes, além dos sinais e sintomas de sua deficiência. A suplementação nutricional em longo prazo, ainda representa um obstáculo para o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade. O início da suplementação tem sido recomendado logo após a alta hospitalar. No entanto, alguns hospitais já disponibilizam tal suplementação após 48 horas de cirurgia. Os distúrbios nutricionais vão desde carências vitamínico-minerais (ferro, zinco, tiamina, niacina, ácido fólico, cobalamina, vitaminas A, D, E e K) até manifestações de desnutrição energético-proteica. Os possíveis mecanismos são: ingestão nutricional deficiente, má absorção decorrente da técnica cirúrgica e presença de sintomas gastrintestinais (PEDROSA et al, 2009).

## OBJETIVO

Compreender os resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo, uma vez que a mesma é capaz de oferecer uma nova perspectiva de vida aos obesos mórbidos, entretanto, há fatores que evidenciam alterações no estado nutricional do paciente no decorrer dos anos.

## METODOLOGIA

Para o presente estudo, utilizamos a metodologia qualitativa, a qual envolve uma amostra pequena de entrevistados, mas com um estudo detalhado de cada caso, permitindo a compreensão dos resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo (ORLANDI; NOTO, 2005).

O estudo de análise qualitativa é exploratório, onde, estimula os entrevistados a pensarem sobre algum tema. Suas falas fazem emergir aspectos de maneira espontânea. São usadas quando se buscam percepções e entendimento sobre a natureza de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Este estudo é voltado, à qualidade e/ou conteúdo, com técnicas apropriadas como, uma entrevista gravada (BARROS; LEHFELD, 2005).

A pesquisa foi realizada na cidade de Passos e região. Localizado na região sudoeste de Minas Gerais, é considerado um dos principais núcleos urbanos da região. Na área da saúde, tem todos os recursos para tratamento de várias doenças, com três hospitais completos, sendo estes: Santa Casa de Misericórdia de Passos; São José (Unimed) e Hospital Regional do Câncer. Dentre as atividades econômicas do município, há predominância do setor agropecuário, industrial, agronegócio, avicultura de corte, suinocultura, indústrias de confecções e móveis, além de um forte setor de serviços, por ser um polo regional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATICA - IBGE, 2010).

Embora conte com os hospitais citados acima, a cirurgia em questão está disponível apenas na Santa Casa de Misericórdia, onde parte dos entrevistados a realizaram.

A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional de caráter filantrópico que atende toda a população do sudoeste de Minas Gerais. Como instituição filantrópica, 70% dos seus pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde, representando um importante polo de atendimento à saúde (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS, 2012).

O universo do presente estudo é representado por pacientes que fizeram cirurgia bariátrica há cinco anos ou mais. O universo de pesquisa é a totalidade de elementos que possuem características para um estudo. Cada membro do universo denomina-se elemento (BARROS; LEHFELD, 2005).

Os sujeitos de estudo são compostos por seis pacientes que fizeram a cirurgia há cinco anos ou mais, em diferentes hospitais e municípios, envolvendo Passos e região.

Dos seis pacientes estudados, foram cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 28 a 37anos e tempo cirúrgico de cinco a doze anos. Os

mesmos pertencem ao universo de estudo e foram selecionados através da técnica de informante chave (IC).

O informante chave é uma pessoa que pertence a um grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto, representando uma fonte de informações (ORLANDI; NOTO, 2005).

A partir desta estratégia, estudaram-se quatro sujeitos residentes no município Passos e dois, em municípios da região. Para a identificação dos pacientes, utilizou-se nomes de pedras preciosas, com o objetivo de preservar a identidade. Os pacientes do sexo feminino receberam os nomes de Safira – 8 anos de cirurgia, eliminou 44 kg, Esmeralda – 12 anos de cirurgia, eliminou 55 kg, Pérola – 8 anos de cirurgia, eliminou 40 kg, Jade – 5 anos de cirurgia, eliminou 49 kg e Ágata – 5 anos de cirurgia, eliminou 32 kg. E o do sexo masculino recebeu o nome de Diamante – 5 anos de cirurgia, eliminou 53 kg. As profissões variaram entre vendedor, advogado, mecânico, assistente social, biomédico e coordenador de vendas.

O local para a realização da entrevista foi proposto pelos pacientes por sua livre escolha, ao qual tiveram fácil acesso e que variou entre residências e local de trabalho.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi entrevista gravada, a qual consiste em uma conversa amigável com o entrevistado por meio de gravação. Trata-se de uma técnica que permite o relacionamento entre o entrevistado e entrevistador. Este último motiva o entrevistado a falar sobre um determinado tema ou problema. A fala é livre e não dirigida. A entrevista é conduzida sem imposição de análise de aspectos que interessem especialmente ao pesquisador. Pode-se permitir a este, captar informações mais profundas. Esta técnica tem a capacidade de facilitar o afloramento de dados e emoções (BARROS; LEHFELD, 2005).

Segundo Minayo (2007), o estudo qualitativo se aplica ao estudo da história. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa tem como objetivo a descrição das características de determinada população, propiciando a construção de novas abordagens. Este tipo de estudo pretende descrever “com exatidão” os fatos, tendo como característica a empiria e a sistematização progressiva de conhecimento e até mesmo a compreensão do grupo em estudo.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se celular para gravação, as quais foram transcritas na íntegra, emergindo 8 temas, os quais foram analisados de forma qualitativa.

Para este estudo, utilizamos a análise temática proposta por Minayo (2007), que consiste em três etapas: a primeira é a Pré-Análise, na qual ocorre a escolha e análise dos documentos que serão utilizados na pesquisa. A segunda etapa é a Exploração do Material, que consiste em uma classificação, onde se devem escolher as categorias responsáveis pela especificação dos temas. A terceira é o Tratamento dos Resultados Obtidos e Inter-

pretação, quando os resultados são submetidos à análise que permite colocar as informações obtidas.

Os sujeitos de estudo foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e quanto a sua forma de participação. Também foram informados a respeito de seus direitos em não aceitar participar, de retirar seu consentimento a qualquer momento e de anonimato. Foram esclarecidas pelas pesquisadoras todas as dúvidas sobre o trabalho, antes do início da coleta de dados. Aqueles que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido e receberam uma cópia do mesmo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar os resultados deste estudo, os mesmos foram divididos em temas, sendo estes: Processo cirúrgico, Benefícios, Malefícios, Adaptação alimentar, Uso de suplementos alimentares, Importância da nutrição, Atuação da equipe multidisciplinar e Percepção em relação à cirurgia.

### PROCESSO CIRÚRGICO

Dentre os tipos cirúrgicos, os que se destacaram, neste estudo, foram o Fobi Capella e o Scopinaro. Os entrevistados descreveram todos os procedimentos, desde os exames realizados no pré-cirúrgico até as fases do pós-cirúrgico.

“Antes da cirurgia, eu fiz muitos exames, fiz tratamento psicológico durante um ano, nutricional, tive que emagrecer porque quando eu fui fazer a cirurgia eu já estava com 108 kg, aí eu tive que emagrecer, ele me deu um remédio pra mim tomar que foi de onde eu sai de 104 kg e fui pra 98 kg. Quando eu fiz foi a Fobi Capella, mais ele não reduziu o meu intestino, ele reduziu só o estômago porque ele falava que eu iria emagrecer de mais e eu não podia”. (Safira).

“No meu caso eu fiz redução do estômago e do intestino, o método que eu fiz foi o Scopinaro, então o meu médico fez esse método justamente pelo tanto que eu comia, então pra não me prejudicar, ele fez com esse método”. (Diamante).

“No pré operatório eu ia ao cirurgião bariátrico uma vez por mês, ele me deu um livro impresso por ele pra que eu estudasse os tipos de cirurgia que existiam na época, então ele já sabia qual ele ia fazer em mim, mas ele gostaria que eu estudasse e depois na próxima consulta falasse qual seria o que mais se adequava a mim, então sem que ele me falasse nada eu li e estudei e falei: eu acho que pra mim o Fobi Capella é o melhor, ele falou realmente. Há restrições né, e é uma coisa que você tem que estar consciente daquilo, que você não vai comer tudo que comia anteriormente. O pós cirúrgico é o essencial na sua cirurgia.” (Pérola).

O procedimento para realização da cirurgia bariátrica inclui avaliação realizada por médico cirurgião, clínico, nutricionista, psiquiatra, fisioterapeuta e anestesista. Após a avaliação, o paciente irá conhecer as características, as necessidades, os riscos e as limitações da cirurgia, para assim ter mais certeza da decisão. No

processo de avaliação e preparação psicológica para a cirurgia, é importante considerar o significado da alimentação e da obesidade para a família e para a pessoa, seus recursos para manejar limites e sentimentos de desconforto e frustrações. Também devem ser abordados os fatores relacionados à decisão do paciente e as suas expectativas com relação ao pós-cirúrgico (MOLINER; RABUSKE, 2008).

A escolha do tipo cirúrgico deve ser amplamente discutida entre o indivíduo e seu médico, pois cada técnica cirúrgica tem seus efeitos e limitações alimentares. Assim, evitará futuras frustrações do indivíduo, visando a uma melhora em sua qualidade de vida.

### BENEFÍCIOS

Os mais destacados foram as novas perspectivas de vida após o procedimento cirúrgico, a facilidade em comprar roupas e calçados e a melhora de comorbidades.

“Olha, eu falo que a cirurgia foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida, eu fiz aos 20 anos, muito novinha. E quando eu fiz eu fiquei muito bonita, eu emagreci muito e tanto é verdade que o meu médico pagava estadia minha pra ir pra Ribeirão Preto e me apresentava em congressos e palestras.” (Esmeralda).

“Os benefícios foi uma qualidade de vida melhor, assim eu não me canso, fora a minha PA foi normalizada por 6 anos, não resolveu o problema da pressão mas, também não era eminente que resolvesse porque a HA é hereditária né, mas amenizou, mas eu tenho que fazer o uso de medicamento. E, eu acho que foi em qualidade de vida mesmo e esteticamente né, eu sou uma outra pessoa, eu perdi 40Kg embora hoje eu pese 68 – 70 Kg que é o que eu quero manter.” (Pérola).

“De benefícios tudo de bom, ne. Porque você andar bem, poder caminhar e não ter cansaço, viver melhor. Eu tava roncando muito, então eu acordava a noite, eu tinha falta de ar. Eu dormia muito mal. Já não tomo remédio pra hipertensão, hoje em dia minha pressão é normal. Minha glicemia dentro do normal, então eu acho que já valeu tudo, para mim foram só benefícios”. (Ágata).

Atualmente a disposição cirúrgica e a atuação da equipe multidisciplinar, deve-se esperar redução média de 50% a 60% do excesso de peso corporal e redução média de 10 kg nos primeiros 12-24 meses do pós-operatório. Os estudos de longo prazo mostram tendência de aumento de peso (5 a 7 kg) após os dois primeiros anos, porém mantendo redução esperada de 50% do excesso de peso. (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2001).

O pós cirúrgico evidencia grandes benefícios, dentre eles a melhora na qualidade de vida e nas comorbidades. Estes fatores fazem com que o indivíduo que realizou a cirurgia supere algumas barreiras impostas, como restrições alimentares provocadas pelo tipo de cirurgia, a nova dieta que o indivíduo tem que se adaptar, substituições, compulsões, dentre outras. Porém, mes-

mo a longo prazo, quem passou pela cirurgia bariátrica obteve e obtém, benefícios à sua saúde, como a redução do peso e a conseqüente melhora do funcionamento do organismo, a promoção da auto-confiança, a melhora do humor e da auto-estima.

### MALEFÍCIOS

Os malefícios foram em relação ao desenvolvimento de compulsões por compras ou algum tipo de alimento e problemas gastrointestinais devido à má escolha alimentar.

“A única coisa chata que tem em relação a minha cirurgia, é quanto a ir ao banheiro, mais conforme for eu chego a ir ao banheiro até seis vezes ao dia. E se eu chego a comer uma comida muito gorda, eu chego até a evacuar bolhas de gordura, aí eu tenho que me policiar em relação à comida mesmo”. (Diamante).

“Eu tive compulsão. Quando você faz a cirurgia, o médico te orienta em relação a isso, pra você tomar cuidado. Porque assim ó, eu descobri o porque eu era gorda, era porque eu era ansiosa. Então assim ó, eu era ansiosa, e eu era muito introspectiva. E eu tive um trabalho muito grande com a psicóloga. E eles me avisaram que eu podia substituir a comida por outra coisa, então eu substituí pelas compras, eu tive um sério problema com isso. Fiz uma dívida grande, aí eu fui trabalhando isso com a psicóloga, e até hoje eu ainda me policio um pouco. Eu criei uma certa compulsão de compras. E eu tenho que cuidar disso.” (Jade).

Por tratar-se de uma entidade nova, as complicações psiquiátricas após a cirurgia ainda não dispõem de instrumentos para mensurá-las. Em muitos casos, o emagrecimento incorre em quadros psiquiátricos, como: depressão, ansiedade e compulsão (LEAL; BALDIN, 2007).

A compulsão e a ansiedade são fatores que podem continuar após a cirurgia. A troca compulsiva de alimento por outras coisas é algo que deve ter vigilância para não prejudicar o indivíduo. É normal ocorrer a troca dela por outros atos, uma vez que a cirurgia diminui a capacidade gástrica e a ingestão alimentar, mas o padrão psicológico continua o mesmo. Daí, a necessidade do policiamento e acompanhamento psicológico para superação das barreiras.

### ADAPTAÇÃO ALIMENTAR

Verificamos a seleção dos alimentos ao decorrer dos dias pós-cirúrgicos, assim como as etapas da inserção dos mesmos na alimentação dos entrevistados.

“Minha alimentação sempre foi muito ruim, meu almoço era arroz com feijão, nunca gostei nem de carne e nem de salada. Doce muito difícil, mais massa do que qualquer outra coisa. Nunca fui de gostar de muita porcariada, tipo bolacha recheada, salgadinho. Hoje eu como muita coisa que eu não comia. Hoje eu gosto de comer alface, cenoura, mas se eu como eu passo mal, beterraba nem pensar, eu passo mal, hoje eu como mais fruta do que antes, mais assim, não porque eu sou obrigada, eu como porque eu gosto. E assim, como eu

ainda gosto do meu arroz e feijão, eu coloco meu pratinho de arroz e feijão e no espacinho que sobra a salada”. (Safira).

“Eu fiquei seis meses, a princípio eu tomava 20 ml de líquidos, somente líquidos de cinco em cinco minutos, aí do líquido, um líquido mais grosso tipo um mingauzinho, gelatina, mas tinha que ser tudo dissolvido na boca. Aí depois foi o processo de papinha de neném, então eu comia no pratinho de sobremesa, aí foi graduando graduando, eu fui mastigar mesmo em Dezembro um purê de batata. E a partir daí fui evoluindo, evoluindo, lógico eu tinha vômitos às vezes, mas não por excesso, por eu não mastigar porque eu tenho problema com mastigação, eu sou muito ansiosa, eu não mastigo, então se você não mastiga, a comida tem que descer bem líquida no ânus né, porque se não ela não passa.” (Pérola).

“Na época da minha cirurgia eu morava com meus pais e apesar deles serem obesos, na casa deles não se almoça ou se janta sem uma salada. Então a gente cresceu comendo isso, só que a gente comia demasiado. E aquelas comidas mais temperadas, com mais óleo, mais sal. Hoje em dia eu tenho a minha casa, então eu acho mais fácil eu me controlar, porque eu prefiro fazer do jeito que eu fui orientada, fazer a comida com menos sal, menos óleo”. (Ágata).

A seleção de alimentos é um sistema comportamental complexo, na criança é determinada pelos pais, cultura e ética, onde estas experiências determinam as preferências alimentares, hábitos e atitudes exibidas posteriormente (MOLINER; RABUSKE, 2008).

É de suma importância o reaprendizado alimentar e da mastigação, pois uma escolha inadequada poderá trazer consequências negativas, como vômitos, diarreia, síndrome de dumping, dentre outras. Em relação à mastigação, deve ser lenta e numerosa para que não haja dificuldade na passagem do alimento, principalmente em técnicas cirúrgicas digestivas com ânus. Em se tratando de aceitação alimentar, esta é totalmente individual e deve ser feita gradativamente, se isto não ocorrer, cabe ao nutricionista orientá-lo quanto a substituições, sem perda do valor energético e qualidade nutritiva.

## USO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Destacamos a importância do uso de suplementos alimentares pelo fato de haver redução absorptiva. Em muitos casos, apenas a ingestão alimentar não fornece o aporte de nutrientes necessários, sendo preciso a suplementação medicamentosa pelo resto da vida.

“Hoje eu tomo o Materna por causa do meu nível de absorção, então eu tenho uma certa deficiência de cobre, meu cálcio é regulado. Ai eu tomo a cada dois meses o Centroneurim 5000 que é vitamina b12”. (Diamante).

“Eu tenho restrições a carne vermelha e isso me causou um sério problema anêmico né, tive que colocar um DIU hormonal pra interromper a menstruação porque fiquei com os glóbulos vermelhos bem baixo, então eu tive que fazer durante um ano mensalmente, sessões de Noripurum na veia, eu internava no hospital para tomar, tomo dois Combiron por dia, dois complexos vitamínicos né, dois no almoço e dois no

jantar, e isso é pro resto da minha vida, e o Noripurum agora sessou com a interrupção da menstruação.” (Pérola).

“Eu faço uso de suplemento nutricional, assim, eu não desenvolvi anemia, mas hoje em dia eu tenho a ferritina baixa, mas não é considerado anemia. Então eu tomo o Noripurum que é ferro, eu tomo uma injeção a cada dois meses intramuscular e eu tomo um polivitamínico”. (Ágata).

Para se produzir resultados satisfatórios na cirurgia, é essencial ter um acompanhamento clínico-nutricional contínuo. Isto requer o envolvimento do paciente que deve aderir ao tratamento e seguir as recomendações. Atualmente, tem-se observado, a longo prazo, deficiências nutricionais em seus graus mais variáveis nestes pacientes e esta é uma preocupação muito grande dos profissionais de saúde envolvidos neste tratamento. Esta situação é agravada pela má absorção, provocada pela cirurgia, o que leva a uma capacidade de biodisponibilidade baixa (COLOSSI et al, 2007).

Recomenda-se a utilização de suplementos vitamínicos após a realização da cirurgia bariátrica juntamente com a dieta balanceada, pois devido ao volume reduzido da nova alimentação e a redução rápida de peso, podem ocorrer carências de vitaminas e minerais. O indivíduo deve estar orientado quanto a importância de uma alimentação saudável e bastante diversificada, para que a dieta supra, ao máximo, suas necessidades de vitaminas e minerais e que os suplementos sejam usados apenas como um complemento e não um substituto da dieta. A fim de evitar esse acontecimento, o indivíduo é orientado a ingerir o complemento.

## IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO

A nutrição desempenha um papel crucial no pré-operatório e em todas as fases da cirurgia, pois sem o devido acompanhamento, as chances do paciente não se adaptar a sua nova realidade são muito grandes, bem como o risco de ganho de peso novamente.

“O que eu deveria ter no meu pós-cirúrgico eram as sessões com nutricionista, que eu não fiz e não faço até hoje, só faltou isso na minha cirurgia, mais nada. Se eu tivesse feito acompanhamento com nutricionista e com terapeuta a minha cirurgia teria obtido maior sucesso”. (Esmeralda).

“No pós-cirúrgico eu fiz acompanhamento acho que só 4 meses. Não tive dificuldade em acompanhamento nutricional não. Hoje eu acho que faz falta esse acompanhamento. Então o acompanhamento nutricional, principalmente, ele é muito importante”. (Ágata)

“Um benefício que eu aprendi é comer de 3 em 3 horas aprendi com a nutricionista e falo pra todo mundo que vem me procurar para fazer a cirurgia que procure um nutricionista. Porque hoje se eu tivesse essa consciência e soubesse a importância que é, as vezes eu não precisaria ter feito. Porque eu digo isso, hoje eu sou obrigada a fazer tudo que eu não fazia”. (Jade).

A associação entre alimento, emoções e sentimentos traduzem os desconfortos emocionais que podem

contribuir para a ocorrência de dificuldades no comportamento alimentar. Assim, é grande a importância do acompanhamento nutricional paralelo ao psicológico na tentativa de reverter essas situações (MOLINER; RABUSKE, 2008).

O profissional nutricionista tem papel importante no que diz respeito à adaptação da nova dieta para o indivíduo. Dará orientações sobre o fracionamento, que após a cirurgia será completamente modificado; a quantidade ingerida, que é inferior; substituições que se façam necessárias e restrições alimentares, entre outros. Assim, o acompanhamento nutricional deve ter início no ato da decisão pela cirurgia para que aos poucos, o indivíduo vá se adequando a sua nova alimentação dentro das suas limitações e tolerâncias.

### ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A ausência de uma equipe multidisciplinar prejudica os resultados esperados da cirurgia. Logo, é preciso a atuação da equipe para um melhor desenvolvimento cirúrgico.

“O meu pré foi com acompanhamento de nutricionista, psicóloga, nutróloga, foi muito difícil, eu tive que entrar muito no diet, no light. Mais me adaptei, fui bem, foi por um ano que eu fiz esse acompanhamento. Então neste ano que tive que eliminar os 10% através da reeducação alimentar”. (Diamante).

“Fiz tratamento com psiquiatra, psicólogo, não fiz na verdade a quantidade de seções que ele me passou, hoje isso é péssimo pra mim, porque eu deveria ter feito certinho. Hoje pra quem for fazer a cirurgia eu até aconselho, faça todas as seções de terapia com psiquiatra, psicólogo, certinho. Porque hoje depois de 12 anos a gente vê a falta que fez com certeza”. (Esmeralda).

“Antes de fazer a cirurgia eu fiz um tratamento com psiquiatra, teve uso de medicamento, fiz com psicóloga como faço sempre, até em virtude da minha profissão mesmo, mas não que isso atrapalhava, atrapalhava pra mim pois eu queria vestir roupas que eu não conseguia vestir e a minha irmã muito magra então eu queria vestir as roupas que ela vestia e eu não poderia vestir...passei pelo psiquiatra pela minha endocrinologista, pelo meu cardiologista, pelo o do trato respiratório para fazer a minha espirometria”. (Pérola).

Segundo Segal e Fandiño (2002), a indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do paciente. A avaliação dos mesmos no pré e pós-operatório devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar com experiência e interesse no tratamento da obesidade. Para Zilberstein; Galvão Neto; Ramos (2001), a abordagem inicial deve envolver programa de educação com aconselhamento sobre dieta, mudança de hábitos alimentares, estilo de vida e programa de exercícios, além de prever acompanhamento de longo prazo, mais intenso nos primeiros meses e

anos de pós-operatório e, sobretudo, quanto a ótica de uma abordagem multidisciplinar.

Tem-se concluído a necessidade da equipe multidisciplinar no acompanhamento da cirurgia bariátrica a fim de preparar e amparar o paciente na mudança radical em sua vida e dieta. Observa-se a evolução dos estágios da consistência dos alimentos, opções por alimentos mais benéficos e modificações físicas e mentais. Um paciente consciente e bem assistido apresenta menos complicações metabólicas, possui perda de peso satisfatória, adquire o controle ou eliminação de comorbidades e atinge estado nutricional assegurado.

### PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À CIRURGIA

As expectativas são caracterizadas por concepções, fantasias e ideais sobre os efeitos do procedimento na saúde, na dimensão psicológica, social e no comportamento alimentar.

“Aconselho sim, mais não pra todos, você tem que passar pelo teste com a nutricionista e com o psicólogo, porque se hoje você é um obeso mórbido, não come carne e só come doce ou coisas fáceis de passar no anel, não adianta você fazer essa cirurgia não porque você vai ser mal sucedido”. (Esmeralda).

“Desde que tenha sido feito da forma que eu fiz, bem acompanhada, bem orientada, se a pessoa estiver preparada, sim. Operar simplesmente porque a gente ouviu falar, assim: - Ah eu já to gorda, vou comer mais um pouquinho e fazer a cirurgia. Não é assim, a pessoa tem que ser muito bem acompanhada e muito bem orientada com acompanhamento médico. Já vieram várias pessoas para conversar comigo para fazer, eu conto isso, a primeira coisa é querer, você não pode também esquecer que operou e não continuar com alimentação balanceada, porque senão engorda. Não é que você operou e não vai engordar mais, não engorda com a rapidez de antes, mas que engorda engorda, então você tem que estar se controlando sim. Se eu for comer ainda hoje o que eu tenho vontade de comer, eu ainda engordo pode ter certeza. A cirurgia não faz milagre, se você comer demais, você vai engordar. É isso que a pessoa obesa tem que ter na cabeça dela. Se você não fizer uma alimentação equilibrada/balanceada você torna engordar.” (Pérola).

“Eu não aconselho a cirurgia só pela estética, só se comorbidade. A cirurgia ela é muito boa, mas o que ela mais mexe é com a cabeça. É muito complicada é muito difícil, psicologicamente ela é muito séria. Se não tiver com a cabeça muito boa e não fizer acompanhamento psicológico, você pira.” (Jade).

Portanto, a cirurgia bariátrica, é capaz de oferecer nova perspectiva de vida aos portadores de obesidade mórbida (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2001). Técnicas modernas de intervenção quanto ao emagrecimento têm sido desenvolvidas para o tratamento da obesidade, em especial, mórbida. No entanto, mesmo mostrando-se eficazes, tais técnicas também se confrontam com outro tipo de

problema como a apresentação de alterações psicológicas após a cirurgia (LEAL; BALDIN, 2007).

Através deste estudo, várias percepções foram propostas a partir das entrevistas cedidas pelos participantes. Podemos verificar que, a obesidade era um problema que se agravou devido a processos genéticos e psicológicos. Os indivíduos se deixaram atingir por problemas pessoais ou secundários, agravando assim, seu estado nutricional. Houve relatos sobre tentativas de reversão através de dietas e medicamentos, porém ambas sem sucesso. O apoio familiar é de suma importância para o indivíduo, pois foi o alicerce na escolha e em todo o processo pelo qual o indivíduo passou. Em relação aos benefícios e malefícios, a grande maioria dos entrevistados não se arrepende e faria a cirurgia novamente, se fosse necessário, devido a grande satisfação proporcionada por ela. Notamos também a necessidade de acompanhamento psicológico, pois todos os entrevistados se mostraram bastante ansiosos, havendo a troca da compulsão alimentar por outro componente. Por fim, o acompanhamento nutricional é imprescindível para a adequada adaptação alimentar. O nutricionista irá proporcionar uma alimentação de acordo com as necessidades de cada um.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo nos permitiu identificar que os fatores determinantes do desenvolvimento da obesidade nos pacientes analisados foram a genética e o psicológico. Esses pacientes já haviam tentado inúmeros tratamentos contra a obesidade, porém não obtiveram o sucesso esperado. Assim, no intuito de melhorar a qualidade de vida, os mesmos optaram pela cirurgia bariátrica.

Através da entrevista gravada foram emergindo vários temas que merecem destaque, como: 1- Desenvolvimento da obesidade onde os fatores citados acima somados a ausência de hábitos saudáveis desencadearam a obesidade e esta se agravou, destacando que não basta apenas a correção de um fator para se obter o sucesso esperado, sendo necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar atuando em cada fator; 2- Apoio familiar, no qual deu abertura à realização, superação e conclusão do processo cirúrgico; 3- Processo cirúrgico que deve ser analisado e avaliado por toda a equipe multidisciplinar; 4- Benefícios como novas perspectivas de vida, facilidade em comprar roupas e calçados e melhora de comorbidades; 5- Malefícios, destacando o desenvolvimento de compulsões por compras ou outros alimentos e problemas gastrointestinais; 6- Adaptação alimentar, que é de suma importância o reaprendizado alimentar; 7- Suplementos alimentares devendo ser usados por toda a vida; 8- Importância da nutrição, na qual exerce papel crucial em todas as fases da cirurgia; 9- Atuação da equipe multidis-

ciplinar, onde os indivíduos obterão melhores resultados se houver o acompanhamento correto tanto no pré quanto no pós-cirúrgico; 10- Percepção em relação a cirurgia que traz novas concepções, fantasias e ideais aos indivíduos que se submetem a ela.

O processo de indicação e planejamento da cirurgia deve ser minuciosamente analisado por uma equipe multidisciplinar, devido principalmente ao comportamento pós-cirúrgico do paciente. Portanto, aconselha-se que haja um acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-operatório imediato e por mais um período que varia de paciente para paciente.

Nota-se que a indicação e todo o processo pré e pós-operatório que se relacionam à cirurgia devem ser devidamente avaliados por toda uma equipe multidisciplinar e passados ao paciente todos os fatores que podem afetá-lo a longo prazo. Porém, como vimos, a cirurgia bariátrica é um procedimento bastante eficaz (desde que feitas todas as etapas corretamente), pois além de todos os benefícios que ela pode trazer aos pacientes, também traz novas perspectivas de vida aos mesmos, uma vez que, devido à gravidade da obesidade mórbida, sentem-se desanimados e até mesmo incapazes de realizar funções rotineiras.

Os sujeitos do presente estudo perderam consideravelmente o excesso de peso, com satisfatória manutenção a prazo longo, e relataram que a cirurgia trouxe diversos benefícios.

O acompanhamento nutricional é de extrema importância, devendo ser seguido nas etapas: pré, pós-cirúrgico e por um período considerável, até que o paciente esteja consciente da importância da reeducação alimentar, que o ajudará na prevenção de possíveis carências nutricionais, devido ao tipo cirúrgico. O indivíduo também deve estar ciente da importância do profissional de nutrição em todo o processo, pois apenas este profissional saberá como orientá-lo devidamente, em todas as fases. Nota-se que o acompanhamento incorreto ou a falta do mesmo também poderá prejudicar o paciente a longo prazo, pois sem ele, possíveis carências nutricionais, dificuldade de adaptação alimentar e ausência de hábitos alimentares saudáveis poderão acarretar em ganho de peso a longo prazo.

As carências nutricionais mais citadas, neste estudo, foram as carências vitamínicas, que podem ter ocorrido devido às escolhas alimentares incorretas ou mesmo, pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido.

Cabe ressaltar que o tratamento da obesidade não se finaliza com a conclusão da cirurgia. Pelo contrário, é o início de um período prolongado de várias mudanças comportamentais e alimentares, devendo ser monitoradas regularmente pelos profissionais da equipe multidisciplinar, a fim de evitar a ocorrência do ganho de peso a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, A. de J. P.; LEHFELD, N. A. de S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 16 ed., Petrópolis: Vozes, 2005.
- BORDALO, A. L. et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo**, v.57 n.1, jan./fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000100025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100025&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 28 fev. 2012.
- COLOSSI, F. G. et al. **Necessidade de Multivitaminas em uso no período pós operatória cooperativa de bypass gástrico**. dez. 2007. Disponível em: [www.springer.com](http://www.springer.com) Acesso em: 28 fe. 2012.
- COSTA, D. L. et al. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves, após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. **Rev. Col. Bras. Rio de Janeiro**, v.37 n.2, mar./abr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000200005). Acesso em: 28 fev. 2012.
- CRUZ, R. R. M.; MORIMOTO, I. M. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Rev. Nutr. Campinas – SP**, v.17 n.2, abr./jun. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000200013&script=sci\\_arttext?](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000200013&script=sci_arttext?). Acessado em 28 fev, 2012.
- FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Porto Alegre–RS**, v.26, n. 1, p. 47-51, jan., fev., mar., abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf?>. Acesso em: 07 out. 2010.
- GARRIDO JÚNIOR, A. B. et al. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 13.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações estatísticas**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=314790>. Acesso em: 09 maio 2012.
- LEAL, W. C.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul** Porto Alegre, v.29 n.3, set./dez. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300013&script=sci\\_arttext?](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300013&script=sci_arttext?). Acesso em: 28 fev. 2012.
- MINAYO, S. C. M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed., São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Rev. Psicol. São Paulo**. São Paulo – SP, v. 10, n. 2. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 11 jun. 2012.
- ORLANDI, P.; NOTO, A. R. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo**. Ribeirão Preto: São Paulo, 2005.
- PEDROSA, I. V. et al. Aspectos Nutricionais em Obesos Antes e Após a Cirurgia Bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 37-41, ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912009000400008&script=sci\\_arttext?](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912009000400008&script=sci_arttext?). Acesso em: 07 out. 2010.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS. **O Hospital**. Disponível em: <http://www.scmp.org.br/institucional>. Acesso em: 09 maio 2012.
- SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.24, dez. 2002. Disponível em: <http://http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13976.pdf?>. Acesso em: 28 fev. 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Técnicas Cirúrgicas**. 2011. Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br/cbariatria.asp?menu=2>. Acesso em: 28 fev. 2012.
- SILVA, S. C. M. S.; MURA, P. D. J. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.
- VALEZI, A. C. et al. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em Y- de- Roux: comparação entre homens e mulheres. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 35 n.6, nov./dez. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000600008&script=sci\\_arttext?](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000600008&script=sci_arttext?). Acesso em: 28 fev. 2012.
- VILLELA, N. B.; SANTOS, R. R. **Manual Básico para Atendimento Ambulatorial em Nutrição**. Salvador: EDUFBA, 2001.
- ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, n. 4, Abr. 2001. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=315324&indexSearch=ID>. Acesso em: 28 fev. 2012.