

CIRURGIA BARIÁTRICA: suplementação alimentar e complicações pós-cirúrgicas

(Adeneci De Medeiros Silvestre)¹
(Vitória Cristina Guillarducci)¹
(Úrsula Nunes Rauecker)²

RESUMO: A presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar o perfil de pacientes no pós cirúrgico de cirurgia bariátrica. A obesidade é considerada um problema de saúde pública no mundo e se caracteriza pelo excesso de massa corpórea. A obesidade mórbida ou severa é uma doença grave e potencialmente mortal. A dificuldade de emagrecer deve-se ao fato de a doença ou transtorno alimentar ser multifatorial, sendo vários aspectos responsáveis: genético, neurológico, endocrinológico, medicamentoso, dieta alimentar inadequada, inatividade física e fatores psiquiátricos e psicológicos. Sendo assim a cirurgia bariátrica é o tratamento de escolha para casos graves de obesidade, nos quais outras medidas como dieta, exercício físico, medicamentos, etc, não foram bem sucedidas. A cirurgia bariátrica promove uma diminuição severa no consumo de alimentos, o que acarreta a ingestão de dietas hipocalóricas e deficientes em nutrientes, com consequentes complicações nutricionais. Desenvolveu-se neste uma pesquisa com 25 pessoas de ambos os sexos, que se submeteram ao procedimento cirúrgico, visando saber de suas deficiências nutricionais após a cirurgia e as complicações que cada carência acarretou no organismo destes. Ficou evidente que as deficiências nutricionais é uma complicação que surge após o procedimento cirúrgico, sendo de suma importância a utilização de suplementação alimentar na vida dos indivíduos bariátricos.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, cirurgia bariátrica, deficiências nutricionais.

¹ Acadêmicos do Curso de Farmácia da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Prof. MSc.. Ursula Rauecker, Faculdade União de Goyazes

ABSTRACT: This research aims to evaluate the overall profile of patients after bariatric surgery. Obesity is considered a public health problem worldwide and is characterized by excess body mass. Morbid obesity is a severe illness and potentially deadly. The difficulty of losing weight due to the fact that the disease or eating disorder is multifactorial, being responsible for several aspects: genetic, neurological, endocrine, medication, poor diet, physical inactivity and psychiatric and psychological factors. Therefore bariatric surgery is the treatment of choice for severe obesity cases in which other measures such as diet, exercise, medications, etc., were not successful. Bariatric surgery promotes a severe decrease in food intake, which leads to the intake of low-calorie diets and deficient in nutrients, with consequent nutritional complications. It developed in a survey of 25 people of both sexes, who underwent the surgical procedure in order to know their nutritional deficiencies after surgery and complications that every deficiency in the body caused these. It was evident that the nutritional deficiencies is a complication that can occur after surgery, which is extremely important to use supplemental feeding in the lives of bariatric individuals.

KEYWORDS: Obesity, bariatric surgery, nutritional deficiencies.

INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida é definida como excesso de peso corporal que de tão elevado grau, pode contribuir com o surgimento de doenças ou condições que prejudicam a boa saúde e a vida de seus portadores. Um indivíduo é considerado obeso mórbido quando seu índice de massa corporal (IMC) é maior que 40.

Entre as principais doenças relacionadas à obesidade estão o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a dislipidemia (elevação do teor de gordura do sangue), a doença coronariana, o acidente vascular cerebral, a apnéia do sono e outras disfunções respiratórias, vários problemas ortopédicos. As principais causas da obesidade incluem: maus hábitos alimentares (comer mal, comer rápido e excessos), falta de exercícios, predisposição genética e fatores psicológicos.

Vários tratamentos têm sido propostos para combater a obesidade dentre eles as técnicas cirúrgicas para redução de peso, também conhecidas como cirurgias bariátricas (cirurgias para redução de estômago) tem sido muito utilizada. É importante ressaltar que essas cirurgias não passaram a ser a modalidade de tratamento preferencial da obesidade em geral e sim uma alternativa para o tratamento dos casos de obesidade mórbida, nos quais os métodos convencionais de tratamento (tratamento nutricional, comportamental, aumento da atividade física e uso de medicamentos que auxiliem na perda de peso) não se mostrarem suficientes.

O "Bypass Gástrico" é a cirurgia bariátrica mais frequentemente realizada. Essa cirurgia também é conhecida como cirurgia de Fobi e Capella e pode ser feita por métodos de gastroplastia vertical e videolaparoscopia.

Dentre os principais benefícios desta cirurgia, salientam-se a perda e manutenção do peso em longo prazo e o controle das doenças associadas. Em relação às carências nutricionais, destaca-se a deficiência de ferro, cálcio, ácido fólico e vitaminas. Os resultados apontam para a necessidade de um acompanhamento clínico-nutricional detalhado, com ênfase na avaliação da perda de peso e da composição corporal, acompanhamento da ingestão alimentar e detecção de sinais clínicos de carências nutricionais específicas.

O termo obesidade deriva do latim *obedere*, ob-muito e *dere- comer* (LANDEIRO, 2011). Segundo Costa et al. (2009), a obesidade é o maior problema de saúde da atualidade e atinge indivíduos de todas as classes sociais. Tem etiologia hereditária e constitui um estado de má nutrição em decorrência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, induzido entre outros fatores pelo excesso alimentar. Por ser uma doença complexa traz consequências sociais e psicológicas gravíssimas à vida do indivíduo. Atualmente se insere no grupo de patologias não transmissíveis, e sua prevalência esta aumentando extensivamente, atingindo proporções epidêmicas (COSTA et al., 2009).

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas (GERMANO et al, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma doença crônica, de causas multifatoriais causada pelo aumento de gordura a níveis que prejudicam a saúde do indivíduo. Os resultados dos estudos epidemiológicos obtidos na última década apontam a obesidade como importante condição que predispõe à maior morbidade e mortalidade. A prevalência da obesidade vem aumentando em praticamente em todos os países desenvolvidos, com raras exceções, bem como nos países em desenvolvimento. Estima-se que 300 milhões de pessoas em todo o mundo são obesos (SANCHES et al., 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde, lançou a primeira edição de um caderno de atenção básica da obesidade, no qual ele aponta a mesma como fator risco para várias doenças dentre as quais podemos citar: câncer, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças cérebro-vasculares, apnéia do sono, osteoartrite e diabetes tipo dois (BRASIL, 2006).

Vários fatores estão associados ao ganho excessivo de peso, tais como: mudanças em alguns momentos da vida (por exemplo: casamento, viuvez, separação), situações de violência, fatores psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar), tratamentos medicamentosos (com psicofármacos e corticóides), a suspensão do hábito de fumar, consumo excessivo de álcool e redução drástica de atividade física. Inúmeros estudos têm identificado situações e fases do curso da vida em que as pessoas podem ficar mais vulneráveis à obesidade. Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo, como a

idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo interpartal, a duração da amamentação e o período da menopausa têm também sido relacionados ao excesso de peso (BRASIL, 2006).

A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, a obesidade é definida em termos de excesso de peso. O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m^2 . Quanto à gravidade, a OMS, define obesidade grau I quando IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m^2 , obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9 kg/m^2 , obesidade grau III quando IMC ultrapassa 40 kg/m^2 , o que caracteriza obesidade mórbida (LEMOS, 2006).

Por ser de causas multifatoriais, a obesidade pode envolver vários tipos de tratamentos. Desde a orientação dietética, rotina de atividades físicas e uso de fármacos, que são os pilares principais do tratamento, até a necessidade de intervenção cirúrgica, que é mais aplicada nos casos da obesidade mórbida (SEGAL & FANDINO, 2002).

A cirurgia bariátrica tem sido a maneira mais eficaz e eficiente para pessoas com obesidade grau III, visto que o interesse envolve a perda de peso e manutenção do mesmo à longo prazo. Os benefícios da cirurgia incluem a perda e manutenção do peso, melhora de comorbidades como diabetes, hipertensão, colesterol elevado, apnéia do sono, incontinência urinária, dores de cabeça crônicas, doenças do fígado, artrites e conseqüentemente melhora na qualidade de vida do indivíduo (RAVELLI et al., 2007).

São candidatos ao tratamento cirúrgico os pacientes com IMC maior que 40 kg/m^2 ou com IMC maior que 35 kg/m^2 associados às comorbidades acima citadas. A seleção de pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizados por profissionais qualificados. Para se obter bons resultados é necessário acompanhamento frequente (antes e após a cirurgia), efetuado por uma equipe de saúde composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Tudo isso por ser de extrema necessidade uma avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica no período pré e pós-operatório (SEGAL & FANDINO, 2002).

Segundo Lemos (2006), o controle da obesidade por modo cirúrgico pode ser dividido em procedimentos restritivos, dissortivos e mistos. Os procedimentos de disabsorção reduzem a absorção de calorias, proteínas e outros nutrientes. As operações restritivas diminuem a entrada de alimento e promovem um rápido sentimento de saciedade após as refeições. A técnica mista é a combinação das duas técnicas citadas.

Para o Consenso Latino Americano de Obesidade são reconhecidas três técnicas cirúrgicas: gastroplastia vertical com bandagem (GVB), Lap Band e gastroplastia com derivação gastro-jejunal (SEGAL & FANDINO, 2002).

A gastroplastia vertical em bandagem é uma operação restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago, resultando em uma diminuição do reservatório gástrico (anel). A Lap Band consiste na aplicação de uma banda regulável na porção alta do estômago. Já nos últimos anos vem predominando a tendência em se associar a redução do reservatório gástrico e a restrição ao seu esvaziamento pelo anel de contenção a um pequeno prejuízo na digestão através de uma derivação gástrica-jejunal em Y de Roux. (SEGAL & FANDINO, 2002).

Segundo Mancini et al., (2010), a cirurgia bariátrica altera a anatomia e a fisiologia do trato digestório. O resultado satisfatório da cirurgia pode ser atribuído à redução da ingestão calórica, restrição do volume das refeições, má absorção de nutrientes, alterações do apetite, alterações da percepção da palatabilidade dos alimentos e mudanças comportamentais pós-operatória.

Bordalo et al. (2011) afirmam que as deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica ocorrem basicamente por: restrição da ingestão alimentar e/ou redução das áreas de absorção dos nutrientes. Além disso, a diminuição no tempo de trânsito gastrointestinal também pode resultar em má absorção de vários micronutrientes relacionados não só à exclusão do duodeno e jejuno como também ao contato limitado do alimento com a borda em escova.

Ravelli et al, 2007, acordam que devido a baixa ingestão alimentar, há uma necessidade de suplementação de vitaminas e minerais o mais breve possível, até mesmo para obter o máximo sucesso na manutenção e na perda de peso a longo prazo.

É importante a vigilância nutricional após a operação, conforme Alves et al., (2006), pois ocorrem em muitos casos deficiências nutricionais associadas à perda de peso, neuropatia periférica e síndrome de Wernicke-Korsokoff, sendo necessário a suplementação com polivitamínicos.

Menezes et al, 2008, relatam que as principais complicações da cirurgia bariátrica são as nutricionais, metabólicas, neurológicas e psicológicas. É importante a vigilância nutricional, evitando-se perdas ponderais acentuadas e rápidas, e a reposição de suplementos são fundamentais para evitar a complicações, sobretudo os quadros neurológicos.

Para Sutil & Huth, 2010, muitos distúrbios nutricionais aparecem após a cirurgia bariátrica: desnutrição protéica, deficiências de ferro e zinco e as deficiências vitamínicas- tiamina, niacina, cobalamina, ácido fólico, vitamina D, vitamina A, Vitamina E entre outros. Além das deficiências nutricionais e suas consequências como, por exemplo, cegueira noturna (carência de vitamina A), osteoporose (carência de vitamina D e cálcio), os pacientes pós- operatórios podem desenvolver ainda diarreia, cálculos renais, embolia pulmonar (5% dos casos) e outros.

Os distúrbios nutricionais vão desde carências vitamínicos-minerais (ferro, zinco, tiamina (B1), niacina (B3), ácido fólico (B9), vitamina B12, vitamina A, D e E), até manifestações de desnutrição energético proteica. (BLOOMBERG et al ,2005, FANDINO, 2004).

A deficiência de tiamina pode ocorrer de forma aguda após qualquer tipo de cirurgia bariátrica em pacientes que apresentam vômitos prolongados, e está associada a sintomas neurológicos graves que podem ser irreversíveis. Os indivíduos que apresentam deficiência de tiamina possuem um maior risco de beribéri no pós-cirúrgico (ALVES et al, 2006; BORDALO et al, 2010; BORDALO et al, 2011; RAVELLI et al, 2007).

O beribéri pode ter manifestações neurológicas (centrais ou periféricas) e cardiovasculares. As manifestações iniciais são fadiga, irritabilidade, perda de memória, dor precordial, anorexia, desconforto abdominal e constipação. O beribéri úmido ocorre na deficiência de tiamina com predomínio de doença cardiovascular. Geralmente se manifesta no paciente com ingestão calórica elevada e atividade física extenuante. Suas principais manifestações são

cardiomegalia, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca congestiva, edema periférico e taquicardia (ALVES et al, 2006; BORDALO et al, 2010; BORDALO et al, 2011; RAVELLI et al, 2007).

O beribéri seco é a síndrome de alterações neurológicas periféricas. É mais comum em pacientes com restrição calórica e inatividade relativa. É caracterizado por alterações sensitivas e motoras. Geralmente se manifesta com dor, parestesia e perda dos reflexos. Começa com parestesias nos artelhos, queimação nos pés, câimbras nas panturrilhas e dor nas pernas. A continuidade da deficiência leva à perda da sensação vibratória e posicional dos dedos, à atrofia da panturrilha e ao pé caído. Os membros inferiores são mais afetados do que os membros superiores (ALVES et al, 2006; BORDALO et al, 2010; BORDALO et al, 2011; RAVELLI et al, 2007).

No sistema nervoso central, ocorre a Síndrome de Wernicke-Korsakoff. A psicose de Korsakoff é a alteração da memória recente, confabulação e redução do aprendizado. A encefalopatia de Wernicke é tríade de nistagmo com progressão para olfalmoplegia, ataxia e confusão mental que, se não tratada, pode evoluir para coma e morte (ALVES et al, 2006; BORDALO et al, 2010; BORDALO et al, 2011; RAVELLI et al, 2007).

Após a cirurgia bariátrica a deficiência de vitamina B12 tem sido frequentemente relatada, o que pode levar à anemia macrocítica (pouca produção de células vermelhas e diminuição da habilidade de transporte de oxigênio). Sua carência pode ainda ocasionar transtornos hematológicos (diminuição da hemoglobina e baixas contagens plaquetárias), neurológicos (danos progressivos do sistema nervoso central e periférico que se manifestam com polineurites, déficits de memória, disfunção cognitiva, demência e transtornos depressivos) e cardiovasculares (ROCHA, 2012; BORDALO et al, 2010).

A deficiência de ácido fólico está diretamente ligada à deficiência de vitamina B12 e pode se manifestar como anemia macrocítica, leucopenia, trombocitopenia, glossite ou medula megaloblástica. Frequentemente os indivíduos com esta carência apresentam esquecimento, irritabilidade, hostilidade e até mesmo comportamentos paranóicos (HERBERTH, 2004; SINISGALLI et al., 2004; BORDALO et al., 2010; BORDALO et al., 2011).

O principal componente da hemácia é a hemoglobina, uma proteína que necessita de ferro para ser formada. Quando ocorre uma deficiência de ferro no organismo, há falta de matéria-prima para a formação da hemoglobina e, conseqüentemente, para a formação das hemácias, levando à anemia. A anemia devido à carência de ferro pode afetar dois terços dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e seus principais sintomas são: fraqueza, palidez, tontura, irritação, cansaço, falta de ar, perda de apetite e perda crônica de sangue. Todavia, a anemia ferropriva pode causar alguns sintomas que não são comuns em outras anemias, como perversão do apetite (também chamado de pica), que é o desejo de comer não-alimentos, como gelo, terra, papel, concreto e outros e a síndrome das pernas inquietas. A deficiência de ferro deve ser feita com adição de vitamina C (PINTO, 2008; CARDOSO & BARBOSA, 2003; BORDALO et al, 2010; RAVELLI et al., 2007).

A suplementação de cálcio e vitamina D tem sido recomendada para a maioria das terapias de perda de peso com o objetivo de prevenir a reabsorção óssea uma vez que sua deficiência se manifesta clinicamente como osteomalácia, hiperparatireodismo secundário ou osteoporose. A vitamina D é necessária para garantir uma boa função esquelética, aumentar a imunidade, prevenir câncer e preservar a saúde cardiovascular. A deficiência de vitamina D e cálcio quando não tratados resultam em sintomas como: dentes quebrados, lombalgia, convulsões e osteoporose (BORDALO et al, 2011 e 2010).

Após a cirurgia bariátrica a deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) se manifesta de forma lenta. O primeiro sintoma da deficiência de vitamina A é a cegueira noturna, seguida por queratinização dos tecidos epiteliais dos olhos (xeroftalmia), pulmões, trato gastrointestinal e redução da secreção mucosa; há aumento na susceptibilidade a infecções. As deficiências em vitamina K causam a síndrome hemorrágica, mas são raras, pois a flora intestinal produz quantidades apreciáveis de vitamina K2. A principal função da vitamina E é a de servir como antioxidante (SOTTI & FATEL, 2011).

A deficiência de proteína é a mais comumente relatada entre os macronutrientes. Os sintomas mais apresentados são: anorexia, edema, ascite, hipoalbuminemia, diarreia, esteatose hepática, alterações da pele e dos cabelos, alterações psíquicas, além de hepatomegalia. A desnutrição energético-proteica é

comumente associada à presença de anemia ferropriva, deficiência de vitamina B12, ácido fólico e cobre: e a deficiência proteica associa-se à deficiência de zinco, tiamina e vitamina B6 (SOTTI & FATEL, 2011; BORDALO et al., 2011).

Muitos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica terão alguma deficiência nutricional, justificando assim a suplementação com polivitamínicos em todos os pacientes. O acompanhamento nutricional no pós-operatório é de extrema importância, devido às inúmeras alterações de hábitos alimentares que o paciente irá desenvolver, sendo este a garantia para o sucesso da cirurgia (CRUZ & MORIMOTO, 2004; SUTIL & HUTH, 2010).

Para Sanches et al., (2007), as alterações fisiológicas da obesidade, juntamente com as complicações de um paciente crítico, são desafios para a prática médica. Os benefícios da redução de peso através da cirurgia são vários, porém toda equipe multidisciplinar deve estar atenta ao aparecimento de deficiência nutricionais associadas à perda de peso, sendo importante o diagnóstico precoce, o monitoramento, a investigação e a intervenção para a garantia do sucesso esperado da cirurgia.

Como descrito às várias técnicas cirúrgicas desorganizam a fisiologia digestiva por isso é necessário complementar as necessidades energético-protéicas do organismo com o uso de suplementos vitamínicos/minerais. Assim o objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de pacientes no pós cirúrgico de cirurgia bariátrica, saber se o paciente da cirurgia bariátrica já teve alguma complicação nutricional e se fez ou faz uso de suplementação.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada busca ativa de indivíduos nos Municípios de Trindade e Goiás que foram submetidos à Cirurgia Bariátrica. Foram considerados critérios de inclusão: ter sido obeso mórbido com IMC de 40 a 45, ter entre 20 e 60 anos de idade e ter amargado fracasso em tratamento conservador da obesidade instituído por um período mínimo de dois anos. Foram excluídos do estudo os candidatos que não preenchiam os critérios acima descritos, os portadores de causas secundárias de obesidade mórbida, as vítimas de distúrbios psíquicos

graves, com histórico de abuso de álcool ou de utilização de drogas ilícitas e comedores compulsivos de doces.

Para a construção dessa pesquisa foram utilizados livros, revistas e artigos científicos. Além disso, foram utilizados dados primários, tendo como meio de obtenção dos dados, a aplicação de um questionário composto por 17 perguntas fechadas e abertas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 25 pessoas, sendo que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, totalizando um percentual de 68%, enquanto que os homens foram 32%, assim observa-se que as mulheres procuram mais este tipo de procedimento cirúrgico haja vista as questões estéticas, dentre outras que serão analisadas nas questões a seguir.

De acordo com o Gráfico 1 a faixa etária dos entrevistados na época da realização da cirurgia bariátrica é compreendida entre 24 e 57 anos, sendo que destes 68% são mulheres e 32% são homens, como já especificado acima. A maior parte dos entrevistados tinha entre 31 e 40 anos de idade, enquanto que a minoria era composta por jovens entre 20 a 30 anos.

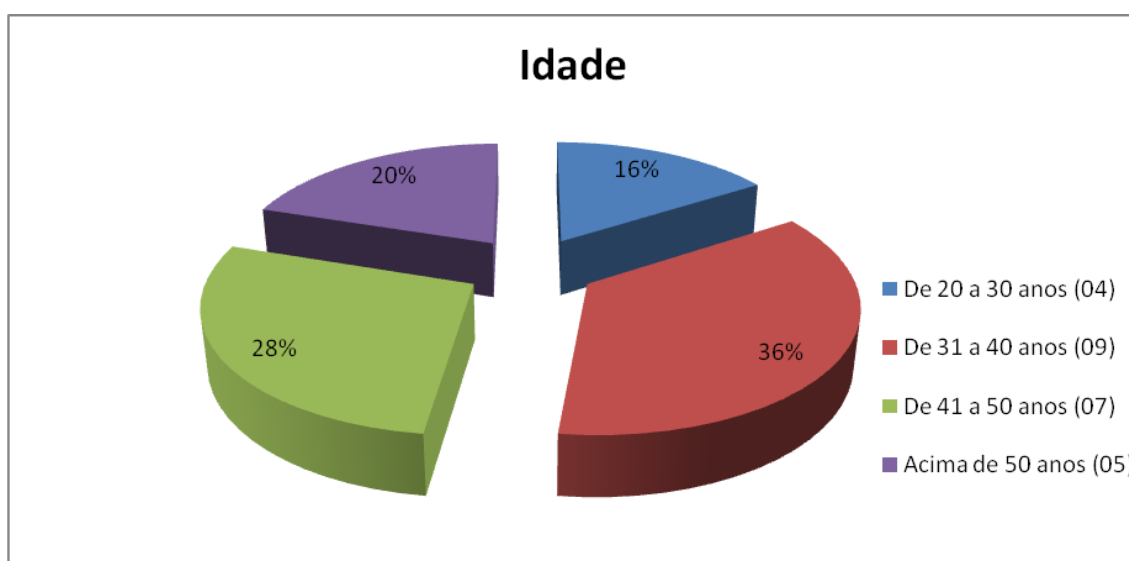


GRÁFICO 1: Quantidade dos pesquisados em relação a idade

Os pesquisados informaram o peso que tinham antes da cirurgia, sendo o menor de 81kg e o maior de 227kg. Analisando os questionários, identifica-se que os entrevistados com maior sobrepeso são do sexo masculino, ou seja, acima de 140kg, 15 pesquisados apresentavam menos de 120kg.

Por conseguinte, verificando os resultados obtido no Gráfico 2, tem-se que a barra maior compreende 10 pesquisados com o peso entre 121kg e 140kg antes da realização da cirurgia. E que apenas um pesquisado estava com o sobrepeso mais elevado correspondente a 227kg.

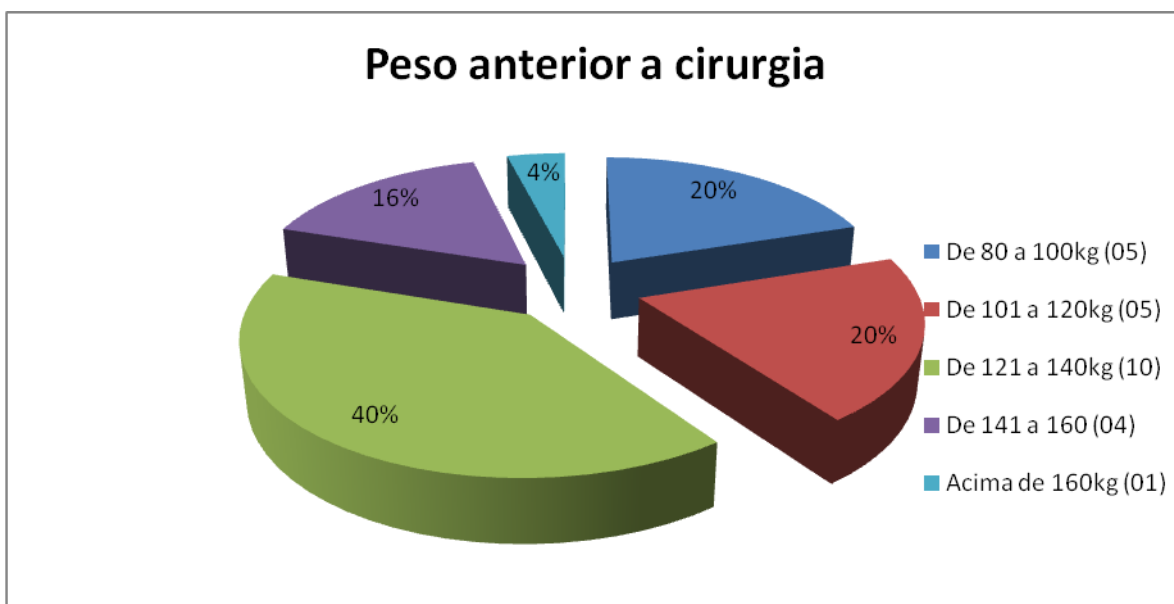


GRÁFICO 2: Peso dos pesquisados antes da realização da cirurgia bariátrica.

Com relação ao peso obtido posterior a cirurgia, na análise dos questionários tem-se o maior peso de 140kg de um entrevistado, do sexo masculino, com o percentual de 4%. Observa-se que 80% dos entrevistados, 20 pessoas, ficaram com um peso compreendido entre 61 a 100kg posterior a cirurgia. O maior percentual dos entrevistados não adquiriram peso após a realização cirúrgica, 56, correspondente a 14 pesquisados. Observa-se nos questionário que 4%, um entrevistado, ganhou 25kg.

Das 25 pessoas entrevistadas, 72%, correspondente a 18 pessoas, realizaram o procedimento cirúrgico no método de gastroplastia vertical com anel

de contensão e bypass gástrico em Y de Roux (capela), enquanto que 28%, 07 entrevistados realizaram a videolaparoscopia gástrica.

A maior parte dos entrevistados realizaram procedimento cirúrgico por motivos estéticos, somando os percentuais de 60% sendo 36% relacionado a baixa estima e 24% a doenças adquiridas. É importante frisar que o percentual de 40%, 10 (dez) entrevistados, informou como motivo principal para a realização da cirurgia bariátrica apenas as doenças adquiridas (GRÁFICO 03).



GRÁFICO 3: Motivos que levaram os pesquisados a realização cirúrgica.

Considerando sobre o preconceito sofrido pelos entrevistados em virtude da obesidade, 84%, 21 entrevistados, afirmaram que sofreram preconceito. Enquanto que 12%, três entrevistados informaram que não sofreram nenhum preconceito por causa da obesidade.

No Gráfico 04, o entrevistado poderia responder mais de uma alternativa, por isso a soma das respostas observadas no gráfico ultrapassa 100%. A maior parte das respostas, 64%, 16 pessoas, tinham como patologia a hipertensão, enquanto que o menor percentual, 12%, correspondem as patologias diabetes e artrite. 16% afirmaram não possuir nenhuma patologia associada. As patologias graves citadas pelos entrevistados foram: coluna, neuropatia herpética, esteatose

hepática, enxaqueca emocional, problemas nas articulações e tireoide, sendo correspondente a 20%.

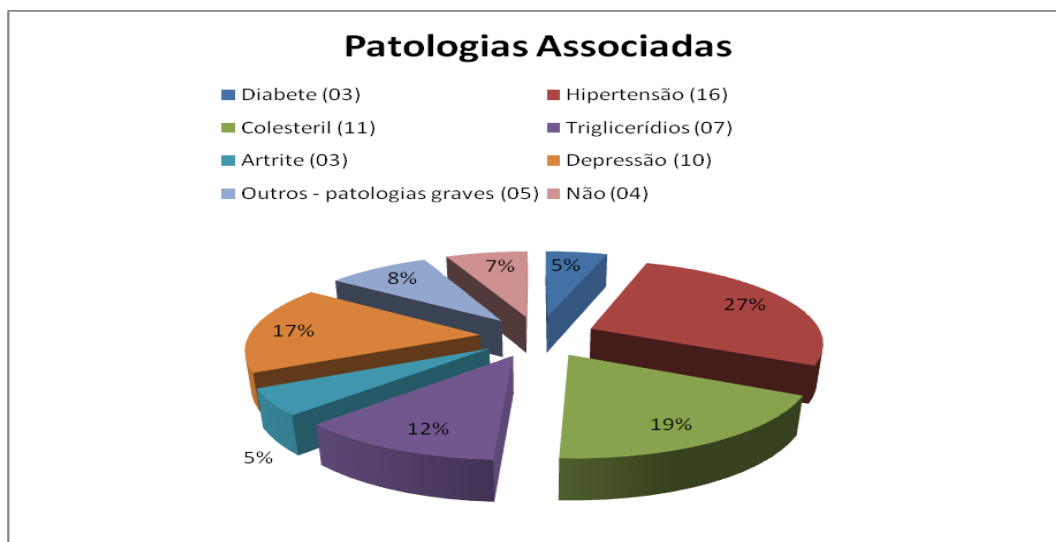


GRÁFICO 4: Patologias associadas a obesidade

A maioria dos pesquisados, 52%, praticam algum tipo de atividade física: caminhada, academia, futebol e dança, enquanto que os outros 48% não praticam nenhuma atividade física. Nesta questão, 36% apresentaram algum tipo de complicação: transtorno bipolar, síndrome do pânico, dumping, risco de morte, paralisia facial, derrame intraocular, quelóide e neuropatia herpética. Já 64% informaram que não tiveram nenhum tipo de complicação. É importante frisar que todas as complicações adquiridas ocorreram após a cirurgia bariátrica.

Em relação à compulsão alimentar depois da realização da cirurgia, 68% ou 17 pesquisados afirmaram ter compulsão alimentar antes da realização da cirurgia bariátrica, enquanto 32% (oito entrevistados) não tiveram nenhuma compulsão alimentar.

Observando o Gráfico 05, verifica-se que provavelmente devido à anestesia e deficiência de vitamina A, a queda do cabelo é inevitável, por isso, tal manifestação é o item que obteve o maior percentual. 96% ou 24 pesquisados informaram que este sintoma ocorreu no pós-cirúrgico. Os outros sintomas relatados foram: diarreia, perda dentária, perda da memória, baixa imunidade, queimação e unhas quebradiças.

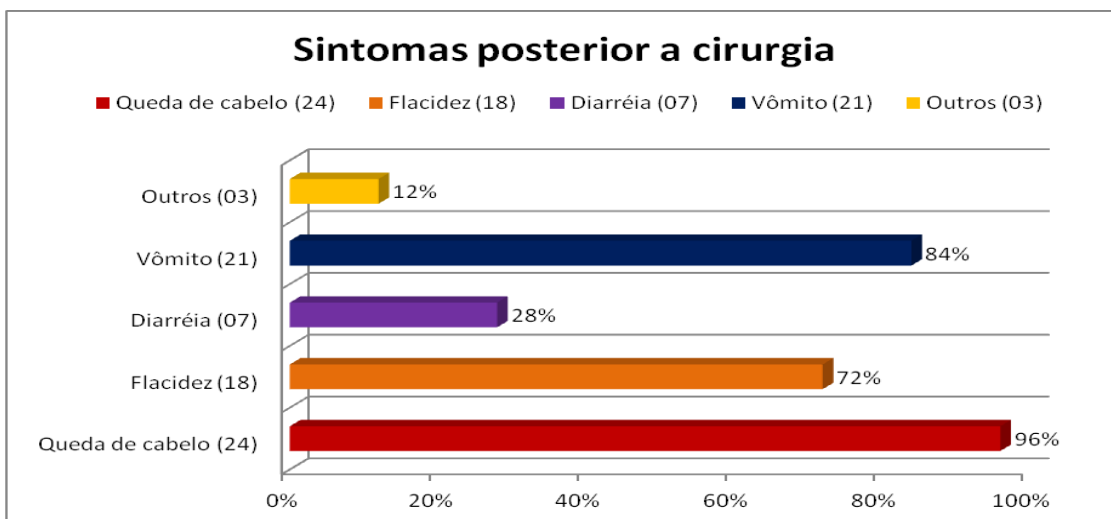


GRÁFICO 05: Quais os Sintomas existentes após a realização da cirurgia bariátrica pelos pesquisados.

Os autores Alves et al (2006), Bordalo et al (2010), Bordalo et al (2011), Ravelli et al (2007), dentre outros já citados na fundamentação teórica da presente pesquisa, analisam o assunto carência nutricional em complicações pós cirúrgicas e constataram que são corriqueiras as deficiências nutricionais. Com isso, analisando o Gráfico 06, observa-se que a anemia ferropriva encontra-se em destaque com 56% (cinquenta e seis por cento), 14 (quatorze) pesquisados. O outros corresponde a deficiência de zinco no organismo, com um percentual de 8 (oito por cento), 02 (dois) entrevistados.

Ao tratarmos sobre as patologias associadas, observamos que a artrite obteve um percentual baixo, conforme o Gráfico 6, corroborando com esta informação no gráfico 06 a vitamina D e o cálcio também estão em baixo percentual, confirmando que a carência de vitamina D induz a não absorção de cálcio nos ossos, podendo levar a artrite. Por conseguinte, a queda de cabelo prevista no gráfico 05 esta relacionada a deficiência de vitaminas A e E. Já o vômito esta relacionado a carência de Tiamina no organismo.

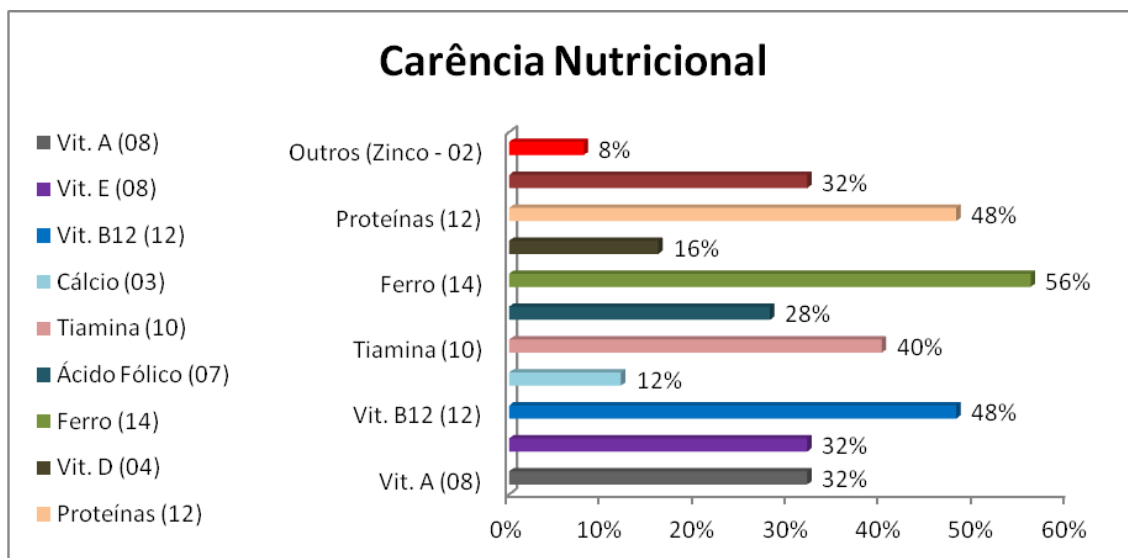


GRÁFICO 06: Carência Nutricional dos pesquisados após a realização da cirurgia bariátrica.

A maioria dos entrevistados, 84%, 21 pessoas, afirmaram utilizar suplementação alimentar: Suplevit, Vitergan Zinco, Natele, Centrum, Materna, Aminoácidos, Gerovital, Colágeno, Ômega de A a Z, Centroliv, Suplementação manipulada, Citoneurim, Vytinal e Depura. Enquanto que 16%, 4 entrevistados, informaram não fazer uso, 03 por descuido e 01 por rejeição do próprio organismo.

Quase a totalidade dos pesquisados, 96%, 24 alegaram ter impacto positivo após a realização da cirurgia e da perda de peso, sendo que apenas 01 pessoa afirmou não ter obtido nenhum ponto positivo na cirurgia, pois descobriu que se sente melhor com sobrepeso, inclusive foi este entrevistado que ganhou 20kg após a cirurgia.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluímos que a cirurgia bariátrica é realizada na maioria das vezes por motivos estéticos e após sua realização os pacientes ficam com deficiências nutricionais, que é uma complicação do pós cirúrgico, sendo, por isso de suma importância a utilização de suplementação alimentar na vida dos indivíduos bariátricos.

Das diversas formas encontradas para o tratamento da obesidade no grau III, a cirurgia bariátrica é a de maior eficácia. Mas, no entanto, o método não esta livre dos inconvenientes e riscos, sendo visto que devido a má absorção nutricional o quadro de complicações pós cirúrgicas vem aumentando. Sendo assim o melhor meio para se obter sucesso após o procedimento é através da orientação dietética e medicamentosa, ou seja, a suplementação de vitaminas é obrigatória e fundamental para o paciente bariátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ALVES, L.F.A; GONÇALVES, R.M; CORDEIRO, G.V; LAURIA, M.W; RAMOS, A.V. Beribéri pós Bypass Gástrico: uma complicação não tão rar. Relato de dois casos e revisão da literatura. Serviço de Endocrinologia Hospital Felício Rodeo, Belo Horizonte, MG. Arquivo Brasileiro e Endocrinologia Metabólica. Vol.50, nº3, Junho de 2006.

BARBOSA, T.N.N; CARDOSO, A.L. Artigo de revisão. Deficiência de ferro e repercussões sobre o desenvolvimento cognitivo: aspectos preventivos. 2003.

BORDALO, L. A.; TEIXEIRA, T. F. S; BRESSAN, J. ; MOURÃO, D. M. Cirurgia Bariátrica: como e porque suplementar. Revista da Associação Médica Brasileira. 2011; 57 (1): 113-120.

BORDALO, L.A; MOURÃO, D.M; BRESSAN, J. Deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica: por que ocorrem? Artigo de revisão, 2011; vol.24; páginas 1021-1028. Acta médica portuguesa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília- DF. Caderno de atenção básica de obesidade. 2006, nº 12.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, A. C.C.; IVO, M.L.; CANTERO, W.B.; TOGNINI, J.R.F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Acta Paul Enferm 2009; 22 (1): 55-9.

FÁBREGAS, B.C; VITORINO, F.D; TEIXEIRA, A.L. Deficiência de vitamina B12 e transtorno depressivo refratário. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Vol.60, nº 2, Rio de Janeiro, 2011.

GERMANO. A. C.P.L; CAMELO.C.M.B.M; BATISTA.F.M; CARVALHO, N.M.A; LIBERALI, R.; COUTINHO, V.F. Perfil nutricional dos pacientes submetidos à

cirurgia bariátrica e dos critérios adotados para encaminhamento em um hospital de João Pessoa, PB. Ensaios e Ciência: Ciências biológicas, agrárias e da saúde. Vol.14, nº2, ano 2010, p. 43-59.

LANDEIRO, F.M.; QUARANTINI, L. Obesidade: Controle Neural e hormonal do comportamento alimentar. Revista Ciências Médicas e Biológicas. 2011, v.10, p.236-245.

LEMOS, M. C. M. Qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. Arq.Ciênc.Saúde Unipar, Umuarama, v.10,n.3, p.155-163, setembro/dezembro 2006.

PINTO, G.M. Deficiência de ferro: resistência ou suscetibilidade a infecções. Revista Médica de Minas Gerais, 2008, p.191-196.

RAVELLI, M.N.; MERHI, V. A. L.; MÔNACO, D. V.; ARANHA, N. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2007: 20 (4): 259-266.

ROCHA, J.C.G. Deficiência de Vitamina B12 no pós- operatório de cirurgia bariátrica. International Journal of Nutrology, v.5, n.2, p. 82-89, Maio/Agosto 2012.

SANCHES, G.D.; GAZONI, F.M.; KONISHI, R.K.; GUIMARÃES,H. P.; VENDRAME, L. S.; LOPE, R.D. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de terapia Intensiva. Vol.19, nº2. Abril-Junho 2007.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2002; 24 (supl.III): 68-72.

SOTTI, T. M; FATEL, E.C.S. Cirurgia bariátrica para o pós-operatório: Importância do acompanhamento nutricional. Revista terra e cultura, nº53, ano 27, Julho a Dezembro de 2011.

SUTIL, D.; HUTH, A. Complicações Nutricionais no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Artigo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso, da pós-graduação *Lato Sensu* em Nutrição Clínica na Universidade regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

