

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
KARIME GOULART EL HAMOUI

IMPORTÂNCIA DA CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL NOS ANOS SEGUINTE APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA
PARA EVITAR O REGANHO DE PESO

CASCADEL - PR

2017

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
KARIME GOULART EL HAMOUI

**IMPORTÂNCIA DA CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL NOS ANOS SEGUINTE APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA
PARA EVITAR O REGANHO DE PESO**

**Trabalho apresentado como requisito
parcial de conclusão da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC), do curso de Nutrição da
Faculdade Assis Gurgacz.**

Prof. Orientador: Débora P. Papen

CASCADEL – PR

2017

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ
KARIME GOULART EL HAMOUI

IMPORTÂNCIA DA CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL NOS ANOS SEGUINTE APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA
PARA EVITAR O REGANHO DE PESO

Trabalho apresentado no Curso de Nutrição, da Faculdade Assis Gurgacz / Dom Bosco,
como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, sob a orientação da
Professora Débora P. Papen.

BANCA EXAMINADORA

nome do professor

nome do professor

nome do professor

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Said El Hamoui e Maria do Carmo Goulart El Hamoui, pela fé depositada em mim e por sempre me incentivarem a não desistir.

Agradeço ao meu irmão, Hichem Said Goulart El Hamoui, juntamente com sua namorada, Carolina Gomes, por sempre estarem presentes e acompanharem meus momentos de aflição e felicidade por cada conquista.

Agradeço ao meu namorado, Tiago Henrique Valdemarca, por todo o amor, paciência e incentivo, e a minha cunhada, Lilian Valdemarca, por comemorar comigo cada fase completada.

Agradeço à minha melhor amiga, Ana Karolina Queiroz, que todos os dias me conferia carinho e agrado.

Agradeço a todos os meus amigos, que sempre estiveram comigo, me acompanhando em toda a jornada.

Agradeço a todos os professores que contribuíram de alguma maneira para a minha formação, em especial à Débora Poletto, Simone Tonding e Daniella Bernardi, por terem sido as melhores professoras que eu poderia ter.

Agradeço ao Dr. Tomaz M. Tanaka, ao Dr. Ricardo Tsuchiya e ao Dr. Mauro Bonatto, profissionais responsáveis pela minha operação bariátrica.

Agradeço à Dra. Cláudia Fornari, minha nutricionista, à qual sempre me acompanhou, desde o início.

Agradeço às psicólogas Dra. Márcia Marques e Dra. Carine Scalcon, pois sem o auxílio de ambas, eu não estaria onde estou hoje.

Agradeço também ao meu professor de Educação Física, José Luiz Maia Galvão, o qual sempre ouviu meus relatos e vibrou comigo a cada obstáculo vencido.

E finalmente agradeço a Deus, por me permitir viver e ser capaz de, hoje, agradecer a todos e concluir meus estudos.

*“São as nossas escolhas que revelam o que realmente
somos, muito mais do que as nossas habilidades.”*

Albus Dumbledore

IMPORTÂNCIA DA CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL NOS ANOS SEGUINTE APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA PARA EVITAR O REGANHO DE PESO

¹PAPEN, Débora P.

² HAMOUI, Karime G. E.

RESUMO

A obesidade é uma condição que atinge pessoas no mundo todo, independentemente de suas classes ou nacionalidade, e uma das alternativas para reverter essa condição é a Cirurgia Bariátrica, cirurgia que altera o estado do estômago do paciente para que o mesmo diminua a quantidade de alimento ingerido. Quando o paciente decide se submeter a essa cirurgia, está sujeito a mudar sua rotina e seus hábitos a fim de não ganhar os quilos que perdeu com o procedimento. O presente artigo trata da importância do profissional de Nutrição nessa cena como um mediador e um auxiliador, acompanhando o paciente para que se evite o reganho de peso nos anos seguintes a cirurgia, e melhorando sua qualidade de vida com hábitos nutricionais.

Palavras-chaves: cirurgia bariátrica, nutrição, reganho de peso

IMPORTANCE OF CONTINUITY TO NUTRITIONAL FOLLOW-UP IN THE FOLLOWING YEARS AFTER BARIATRIC SURGERY TO AVOID WEIGHT REGAINED

ABSTRACT

Obesity is a condition that strikes people around the world, regardless of their classes or nationality, and one of the alternatives to reverse this condition is Bariatric Surgery, surgery that changes the state of the patient's stomach so that it decreases the amount of food ingested. When the patient decides to undergo this surgery, he is subject to change his routine and his habits in order not to gain the pounds that he lost with the procedure. This article discusses the importance of the Nutrition professional in this scene as a mediator and a helper, accompanying the patient so that weight regained is avoided in the years following the

¹ Nutricionista. Orientadora e docente do curso de Nutrição do Centro Universitário FAG.

² Acadêmica do curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário FAG.

surgery, and improving their quality of life with nutritional habits.

Key-words: Bariatric surgery, nutrition, weight regain

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a incidência de obesidade tem aumentado muito, a ponto de ser considerada um problema de saúde pública, e, por ser uma doença crônica e multifatorial, tem alta taxa de morbimortalidade (LINS et al, 2003). Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a obesidade pode ser definida como “um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde”, e atualmente, o número de adultos obesos no mundo chega a aproximadamente trezentos milhões.

As principais causas da obesidade são hábitos alimentares errados, pouco gasto energético, pouca ou nenhuma atividade física, distúrbios genéticos e fatores psicológicos. Junto à doença, estão relacionadas às comorbidades, incluindo problemas cardíacos, diabetes melitus, apnéia do sono, hipercolesterolemia, hipertensão, entre outras (CARLINI, 2001).

São vários os tratamentos da obesidade, desde o uso de medicamentos até cirurgia. Essa última tem se mostrado o método mais eficaz no tratamento para pacientes obesos, por permitir uma perda de peso sustentável e a cura de várias comorbidades causadas pela doença. A perda de peso após a cirurgia é atribuída à uma redução significativa na ingesta calórica (SANTOS, 2007).

Porém, é importante salientar que o procedimento é muito mais que o ato cirúrgico em si. É essencial o acompanhamento com uma equipe multiprofissional, que geralmente inclui endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões gastroenterologistas. Esse acompanhamento deve acontecer no período pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, sendo a longo a prazo. É de extrema importância para que a perda de peso ocorra de forma saudável e que o paciente obtenha sucesso no tratamento (BORDALO et al, 2010).

Infelizmente, alguns pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico, vem a reganhar parte do peso após algum tempo de operação. Por isso, a manutenção do peso e o acompanhamento com um nutricionista, é um ponto importante a ser discutido.

Sabe-se que após o segundo ano da operação, o índice de pacientes que reganham algum peso é alto e a perda de peso é um dos principais parâmetros para que se possa definir a cirurgia bariátrica como um sucesso ou não (SILVA; KELLY, 2014).

Dentre os fatores que influenciam o reganho de peso, estão a má qualidade da dieta, com alto índice calórico e elevado consumo de doces, lanches rápidos, óleos e gorduras e a falta da prática de exercícios físicos (LIMA, 2012).

Dessa forma, esse estudo tem o objetivo de mostrar a importância do acompanhamento nutricional não só no período pré-cirúrgico e imediatamente no pós-cirúrgico, mas também à longo prazo, nos anos seguintes à cirurgia, para que o paciente continue sendo orientado e monitorado, e assim obter um resultado positivo e duradouro como consequência da cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Para realização deste trabalho, foram pesquisados artigos escritos no período dos anos de 2000 a 2017, nas plataformas Scielo e PubMed. Para as pesquisas, foram utilizados os termos obesidade, nutrição, cirurgia bariátrica e reganho de peso. Também foi utilizado material bibliográfico que trata do tema descrito neste trabalho.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

OBESIDADE

Segundo a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), mais de 50% da população do Brasil está acima do peso, incluindo crianças. Em 2014, a OMS (Organização Mundial da Saúde) estimou que 54,1% da população mundial estava com sobrepeso, sendo que em 2010, a porcentagem era de 51,1%. A FAO (Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura) divulgou no início deste ano um documento intitulado “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe”, que afirma que o índice de obesidade em adultos no Brasil é agora de 20% e a obesidade infantil tem índice de 7,3%.

A obesidade é definida pela OMS como “um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal” e atualmente é considerada um problema de saúde pública. É diagnosticada e classificada pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou maior que 30kg/m², pela tabela de obesidade da OMS e por bioimpedância. Como principal causa, tem-se o excesso de consumo de calorias e o não gasto energético destas. Além disso, deve-se considerar também fatores genéticos, socioeconômicos, ambientais, psicológicos e estilo de vida.

Atualmente, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem com a obesidade e as consequências da mesma. É fato que ela contribui para o aparecimento de doenças, como o diabetes, hipercolesterolemia e doenças cardiovasculares. Um estudo realizado pelo CDC, nos Estados Unidos, nomeado de National Health and Nutrition Examination Study III (NHANES III), mostrou que a obesidade está associada ao aumento da incidência de Diabetes tipo 2, hipertensão sistêmica, doença arterial coronariana, dislipidemias e osteoartroses. Aproximadamente 58% dos casos de diabetes, 21% das cardiopatias isquêmicas, 42% de alguns tipos de câncer estão diretamente relacionados à obesidade (CARLUCCI et al, 2013).

Sabe-se que a obesidade reduz a qualidade de vida dos indivíduos, e traz também outras consequências além das doenças crônicas não transmissíveis. Afeta diretamente o quadro psicológico do paciente, levando-o muitas vezes à um quadro de depressão, desenvolvimento de distúrbios alimentares, baixa auto estima e até imagem corporal distorcida (LIMA, 2007).

Para tratar a obesidade e voltar ao peso adequado, pacientes procuram ajuda em especialistas como nutricionistas e médicos, atividade física, psicólogos e, às vezes, até em medicamentos. A base do tratamento é a reeducação alimentar associada à atividade física. Para casos mais graves, associados à várias comorbidades, o médico pode vir a indicar a cirurgia bariátrica como solução. E nesse caso, o paciente precisará de acompanhamento multidisciplinar e adesão ao tratamento nos períodos pré e pós-operatórios.

BARIÁTRICA – TIPOS DE BARIÁTRICA

Uma vez indicado o procedimento cirúrgico para o paciente obeso, ele deve atender alguns critérios previamente estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) e pelo Ministério da Saúde, sendo eles IMC acima de 40kg/m ou IMC

entre 30 a 35kg/m juntamente com comorbidades de classificação grave, ter um histórico de tentativas de emagrecimento, autorização própria, apoio familiar e uma avaliação pré-operatória completa feita pelos profissionais multidisciplinares (PEREIRA, 2007).

A idade do paciente também é levada em conta, sendo que antes dos 12 anos deve ser uma exceção, de 12 a 18 anos deve haver um consenso familiar e acompanhamento de equipe interdisciplinar, de 18 a 60 anos não há restrições e acima dos 60 anos deve-se considerar risco benefício. Pacientes portadores de doenças ou patologias específicas também devem ser avaliados criteriosamente (PEREIRA, 2007). Quem irá definir o método a ser utilizado para cada paciente é o médico, e os demais profissionais o acompanharão, adequando sua conduta de acordo com a escolha do cirurgião. Existem diferentes tipos de procedimentos, e cada um deles é indicado para um tipo de paciente. São divididos em técnicas restritivas, disabsortivas e mistas.

A Banda Gástrica Ajustável (BGA) é uma técnica restritiva, e é o método mais popular na Europa, por ser menos invasivo e reversível. Com isso, sua taxa de mortalidade é baixíssima, tanto no pré e quanto no pós-operatório (BUSETTO et al, 2007). Ultimamente, tem se tido bastante sucesso com esse procedimento em relação à perda de peso, redução das comorbidades e melhora da qualidade de vida de uma maneira geral. Para colocação da BGA, o paciente é colocado sob anestesia geral e, por via laparoscópica, através de cinco pequenas incisões, o médico irá inserir a BGA 1cm abaixo da junção esofagogástrica e o paciente só poderá ingerir qualquer líquido 24h após a operação (GALVÃO, 2015). Em relação a perda de peso, é um pouco mais lenta, chegando ao resultado final em 3 a 4 anos de operação, diferente das demais técnicas, onde o paciente chega em seu resultado com 1 a 2 anos (HIMPENS et al, 2006). Um estudo recente feito na Europa, mostrou que pacientes submetidos à BGA, obtiveram percentual de perda de peso de 50 a 65%, e redução do IMC médio para 8, 11 e 10kg/m em um, três e cinco anos, respectivamente. Já no Brasil, os resultados obtidos são inferiores aos relatados acima, e, por esse motivo, é uma técnica que vem sendo cada vez menos utilizada por aqui (GALVÃO, 2015).

A Gastrectomia Vertical ou *Sleeve* gástrico consiste em retirar uma parte do estômago, deixando-o com capacidade de 80 a 100ml. É uma técnica restritiva, e segundo a SBCBM, é um procedimento considerado novo (praticado desde os anos 2000) e apresenta bons resultados em relação à hipertensão e hipercolesterolemia. É uma técnica utilizada em

pacientes que não são obesos mórbidos e naqueles em que não é necessária uma derivação intestinal. Estudos tem demonstrado perda de peso de 86,6%, 84,1% e 84,5% em três anos, respectivamente. A eficácia desse procedimento é alta, porém a perda de peso é menor quando comparada à outros procedimentos (COHEN et al, 2015).

A Gastroplastia em Y de Roux ou *Bypass* gástrico, é, segundo a SBCBM, a técnica mais utilizada no Brasil até hoje, chegando a corresponder 75% das operações. Isso se dá por ser um procedimento seguro e de alta taxa de sucesso, com perda de peso de 40 a 45% do peso inicial. O que a difere dos outros procedimentos operatórios, é a técnica mista, ou seja, além de ser realizada uma intervenção no estômago via grampeamento para reduzir seu volume, também se faz um desvio intestinal, que provoca aumento na produção do hormônio leptina, que atua na saciedade. Em conjunto, o paciente irá ingerir menos alimentos e se sentirá saciado mais rápido. Tem-se observado uma perda de peso bastante significativa, concomitantemente com a redução das comorbidades. A perda de peso ocorre de forma rápida, logo nos primeiros dois anos de operação (COPPINI, 2012).

Por último, a *Duodenal Switch* consiste na associação de duas técnicas: a gastrectomia vertical e o desvio intestinal feito na *bypass*. É uma técnica disabsortiva, onde grande porção do estômago é retirada, de maneira que o órgão ainda mantenha sua fisiologia de esvaziamento original (SBCBM). O que leva ao emagrecimento nessa técnica, não é só a redução do estômago em si, mas também o desvio intestinal, pois este reduz consideravelmente a absorção de nutrientes. É pouco utilizada no Brasil e o paciente perde cerca de 40 a 50% do peso inicial, e as comorbidades também apresentam grande melhora (BURGOS, 2011).

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO PROCEDIMENTO

A atuação do profissional nutricionista na cirurgia bariátrica é reconhecida como obrigatória desde o 1 Consenso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. A modificação dos hábitos alimentares é essencial para que o tratamento dê certo, uma vez que a principal causa da obesidade é justamente o consumo excessivo de calorias e hábitos alimentares inadequados (LIMA, 2007). O profissional deve levar em consideração as comorbidades, a história de peso corporal do paciente, valores laboratoriais, ingesta

alimentar, questões comportamentais, culturais, psicossociais e econômicas, para que o paciente possa ser avaliado de maneira completa. Para ajudar nesse processo, existe o protocolo nutricional de atendimento ao paciente bariátrico, que engloba o ambos os períodos de atendimento (GOLIN; CAMARGO, 2007).

O principal objetivo do protocolo, é evitar que ocorram intercorrências cirúrgicas e nutricionais, assegurando que o paciente está recebendo todo o suporte necessário (COPPINI, 2012). O acompanhamento deve iniciar no período pré-operatório, para que o profissional possa avaliar o paciente, e deve continuar no período pós-cirúrgico, para que seja orientado quanto a dieta a ser seguida após a cirurgia e seguir a evolução da mesma. É essencial o acompanhamento para que não ocorra deficiência ou excesso de vitaminas e minerais, pois sabe-se que ambos podem ser nocivos.

PERIODO PRÉ-OPERATÓRIO

Para que o paciente tenha percepção do que irá mudar em seus hábitos de vida, principalmente no quesito alimentar, no período pré-cirúrgico, o nutricionista deverá realizar avaliações, sendo elas divididas em duas fases. Na primeira, é feita a anamnese alimentar, o recordatório 24h e a avaliação antropométrica, assim como a percepção dos hábitos alimentares do paciente de uma maneira geral. Nesse primeiro encontro, o paciente costuma levar para casa um diário alimentar, que deve preencher até o seu retorno, anotando os alimentos consumidos (GOLIN; CAMARGO, 2007). Também é nessa fase que o profissional poderá perceber a presença de compulsões alimentares, fator que influencia muito no reganho de peso após a cirurgia (COPPINI, 2009).

Na segunda fase, é essencial que o paciente retorne acompanhado de um familiar que irá estar presente no período pós-operatório, para que este também possa receber as instruções pós cirúrgicas. É analisado, então, o diário alimentar que foi levado para casa na primeira fase, e com base nisso, o nutricionista poderá avaliar mais profundamente os hábitos do paciente, e identificar erros na alimentação (GOLIN; CAMARGO, 2007). Dentre os erros mais observados estão o número reduzido de refeições e os petiscos consumidos fora de hora. É interessante traçar metas com o paciente, para que sejam atingidas a longo prazo após a operação. É de costume entregar uma dieta pré-cirúrgica a ser seguida pelo paciente até o dia

da cirurgia, para que o mesmo possa se habituar a seguir horários e porções (CRUZ; MORIMOTO, 2004).

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Apesar da conduta dietoterápica ser semelhante para todas as cirurgias, para que seja definida qual será utilizada, é preciso saber qual técnica cirúrgica será utilizada pelos médicos, para que a dieta seja adequada às alterações fisiológicas e metabólicas que podem ocorrer com cada uma. Este período também engloba o momento intra-hospitalar, que ocorre enquanto o paciente ainda está internado, logo após a realização da cirurgia.

A alimentação no período pós-cirúrgico deve ser adequada quanto a nutrientes e calorias para evitar grande perda de massa muscular, e evitar ou minimizar a ocorrência de refluxo e síndrome de dumping, além de estimular a saciedade (MAGRO, 2012).

De uma maneira geral, se tratando de todas as condutas, logo após a cirurgia ainda no hospital, o paciente passa pela fase de “líquidos claros”, onde ingere líquidos como água, chá e água de coco. Segundo Beleli (2015), essa fase dura de 24 a 48 horas e o consumo total de líquido deve ser de 2000ml/dia em porções de 20ml a cada 10 minutos, e nessa fase, a conduta costuma ser a mesma para as diversas técnicas cirúrgicas. Ao término da primeira fase, de 48 até 72 horas após a cirurgia é iniciada a dieta líquida, onde a alimentação deve ser fracionada de 20 a 30ml a cada 5 a 10min, atingindo o volume total de 1800 à 2000ml/dia. Os líquidos consumidos são água, chá, água de coco, suco de fruta natural coado, leite-desnatado e suplementos minerais, proteicos e vitamínicos, para que as necessidades diárias sejam atendidas. Essa fase é uma adaptação para evitar distensão e dilatação estomacal e auxiliar na cicatrização. É importante que todas as preparações sejam coadas, e estejam em temperatura ambiente. Costuma durar duas semanas e após isso, é iniciada a transição para a dieta pastosa, onde são introduzidos alimentos com consistência de creme e papinhas, como sopas liquidificadas, leite batido com frutas, queijos macios e frutas amassadas. Deve-se evitar alimentos fibrosos e os suplementos minerais, proteicos e vitamínicos ainda devem continuar. O objetivo dessa fase é condicionar o paciente a mastigar devagar e comer lentamente, e também tem duração de duas semanas. Após essa fase inicia-se a dieta branda, onde o paciente começa a ingerir vegetais e legumes cozidos, ovos, carne de boi, aves, peixes

desfiados ou em pedaços pequenos. A ingestão de líquidos agora passa a ser feita somente nos intervalos das refeições, e ainda deve-se manter os suplementos. Após duas semanas de dieta branda, inicia-se, finalmente, a dieta geral, com consistência normal, restringindo açúcares e óleos e dando prioridade à alimentos proteicos.

REGANHO DE PESO

Segundo a ABESO (2016), mais de 50% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica poderão apresentar reganho de peso, por isso é importante saber até que ponto esse reganho ainda está dentro da normalidade. É considerado aceitável um aumento de 5 até 10% do peso perdido com o procedimento.

Um estudo feito por Scabim (2011), mostrou que nos 12 primeiros meses de cirurgia, a taxa de adesão ao tratamento nutricional foi de apenas 56%, onde 135 pessoas foram avaliadas. Dentre os fatores que influenciam o reganho de peso, está a não adesão ao tratamento nutricional e a dieta, a não modificação do estilo de vida, a inatividade física e aspectos psicológicos (HERPERTZ et al, 2004). Acredita-se que o principal motivo do não comparecimento às consultas nutricionais no pós-operatório, é porque o paciente acha que não necessita de acompanhamento a longo prazo e é capaz de fazer tudo sozinho (SILVA; KELLY, 2014).

Cambi e Marchesini (2005) citam quatro principais erros extremamente básicos que os pacientes cometem, sendo esses decisivos para o reganho de peso: o belisco de alimentos calóricos durante o dia (como petiscos, bolachas, biscoitos, salgadinhos, entre outros), a alta ingestão de alimentos rápidos e fáceis, que não requerem muito preparo, o uso exagerado de bebida alcóolica e a falta de atividade física.

Além dos fatores citados acima, sabe-se também que ocorrem mudanças adaptativas fisiológicas algum tempo após a operação, e que isso pode influenciar no reganho de peso, o que novamente reitera a importância do acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Um estudo mostrou que após 24 meses de operação, a produção de hormônios orexígenos entra numa fase de readaptação, o que causa uma diminuição da perda de peso, conseqüentemente, facilitando o reganho (MARTINS, 2005). Outro motivo bastante influenciador do reganho de peso é a dilatação gástrica que ocorre com o passar do tempo, pois sabe-se que o estômago

é um órgão que tem capacidade de aumentar conforme o volume ingerido. Mais uma vez, se prova necessário o acompanhamento à longo prazo, para que se possa garantir ingestão adequada de alimentos, levando em conta qualidade e quantidade (SOUSA, 2014).

Em 2010, Stewart propôs algumas medidas para auxiliar os pacientes que obtiveram reganho de peso. Em seu trabalho, intitulado como “*Back on Track*”, Stewart propõe que pacientes retomem os hábitos adquiridos no início da fase pós-operatória, e que são facilmente esquecidos, porém muito importantes ao longo do tratamento. Dentre eles, o autor cita a mastigação adequada, escolhas alimentares com a ajuda do profissional nutricionista e a identificação do conflito psicológico com profissionais psicólogos e psiquiatras.

A adesão de um estilo de vida novo, diferente do que o paciente costumava ter antes da cirurgia bariátrica, é apontado por diversos autores como o principal fator que influencia o sucesso da operação. Deve-se adotar uma dieta equilibrada com acompanhamento e instruções de um profissional nutricionista, prática de atividade física regularmente e, em alguns casos, o acompanhamento psicológico também se faz extremamente eficaz (RODRIGUES, 2015).

Sabe-se que a cirurgia bariátrica é considerada um procedimento comportamental, e, para manter os resultados, o paciente terá que mudar sua visão e postura para com a comida. Descobrir o culpado pelo reganho de peso é o principal e primeiro objetivo que deve ser traçado pelo paciente junto com o profissional nutricionista que o estiver acompanhando. É importante reiterar que, sozinha, a cirurgia não cura a obesidade, ela é apenas uma das ferramentas que, junto com outras terapias auxiliadas por profissionais adequados, leva à perda de peso e a manutenção do mesmo à longo prazo (SILVA, KELLY, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise do material bibliográfico pertinente ao estudo, conclui-se que o papel do nutricionista e seu acompanhamento ao paciente é fundamental em todas as etapas da cirurgia bariátrica, para sua reeducação alimentar e garantia de qualidade de vida. No período pré-operatório o nutricionista atua como um avaliador dos hábitos alimentares já executados pelo paciente, podendo assim ter um panorama da rotina do paciente. Após a cirurgia, o papel do nutricionista é extremamente importante para que o paciente não tenha reganho de peso,

ao obter esse acompanhamento, a reeducação alimentar e a mudança de hábitos alimentares se torna monitorada e assim é possível evitar que o paciente retorne ao seu peso inicial, revertendo totalmente o objetivo da cirurgia. Além da presença do nutricionista, uma equipe multidisciplinar pode auxiliar o paciente, como profissionais da educação física, pois a alimentação saudável e a prática de atividades físicas unidas ajudam a manter o peso alcançado com a cirurgia bariátrica. Para tal resultado positivo, é necessário que o paciente mantenha o acompanhamento com o nutricionista e acate as sugestões e mudanças que lhe forem propostas, obtendo assim um resultado satisfatório em sua perda de peso e garantindo uma qualidade de vida superior à que ele possuía antes da cirurgia.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. São Paulo, 2016.

BELELI, C.A. Orientações Nutricionais para Pós-Operatório de Bypass Gástrico em Y de Roux. In: COPPINI, L.Z. **Nutrição e Metabolismo em Cirurgia Metabólica e Bariátrica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

BORDALO, L. A. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2011.

BURGOS, G. P. A. **Nutrição em cirurgia bariátrica**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2011.

BUSETTO L, ANGRISANI L, BASSO N, FAVRETTI F, FURBETA F, LORENZO M; **Italian Group for Lap-Band. Safety and efficacy of laparoscopic adjustable gastric banding in the elderly**. Obesity (Silver Spring). 2007.

CAMBI, M.P.C; MARCHESINI, J.B. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: GARRIDO-JÚNIOR, A.B; FERRAZ, E.M.; BARROSO, F.L.; MARCHESINI, J.B.; SZEGO, T. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 255-72.

CARLINI, M. P. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Florianópolis: UFSC, 2001.

CARLUCCI, E. M. S. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**. Maringá. 2013.

COHEN, R. Bariatric and metabolic surgery and microvascular complications of type 2 diabetes mellitus. **J Bras Nefrol**. 2015.

COPPINI, L.Z. Complicações nutricionais tardias da cirurgia bariátrica. In: Campos AC. **Tratado em nutrição e metabolismo em cirurgia**. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.

COPPINI, L.Z. Cuidados Nutricionais no pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica. In: Watzberg DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009.

CRUZ, M. R. R. da; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista da Nutrição**. Campinas, 2004.

GALVÃO, T.D. Técnicas restritivas: balão intragástrico, banda gástrica e gastrectomia vertical (sleeve gástrico). In: COPPINI, L.Z. **Nutrição e metabolismo em cirurgia metabólica e bariátrica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

GOLIN, A.G; CAMARGO, L.P. Nutrição: Suporte Fundamental na Cirurgia da Obesidade. In: PEREIRA E.A. **Prática interdisciplinar na cirurgia bariátrica**. São Borja: Conceito, 2007.

HERPERTZ, S.; KIELMANN, R.; WOLF, A.M.; HEBEBRAND, J.; SENF, W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. **Obesity Research**. Vol 12. 2004.

HIMPENS, J.; DAPRI, G.; CADIÈRE, G.B. **A prospective randomized trial of laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: results after 1 and 3 years**. Obes Surg. 2006.

LIMA, L. S. **Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica**. Brasília: UNB, 2012.

LIMA, R. M. Obesidade: o mal do século. **Perspectivas online**. Campos dos Goytacazes, 2007.

LINS, R. D. A, et al. Células dendríticas: origem, distribuição, morfologia, estrutura, atividade funcional e métodos de identificação – uma revisão. **Revista brasileira de patologia oral**. V. 2, n. 3, p. 29-35, 2003.

MARTINS, M. V. D. C. Porque o “by-pass” gástrico em Y de Roux é atualmente a melhor cirurgia para tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Videocirurgia**, v. 3, n. 2, p. 102-104, 2005.

MAGRO, D. Acompanhamento nutricional nos diversos pós-operatórios. In: Segal A, Franques ARM. **Atuação Multidisciplinar na Cirurgia Bariátrica**: a visão da Coesas-SBCBM. São Paulo: Miró, 2012.

O'BRIEN, P.E.; DIXON, J.B.; LAURIE, C.; ANDERSON, M. **A prospective randomized trial of placement of the laparoscopic adjustable gastric band**: comparision of the perigastric and pars flaccida pathways. *Obes Surg*. 2005.

PEREIRA, E. A. **Prática interdisciplinar na cirurgia bariátrica**. São Borja: Conceito, 2007.

RODRIGUES, A. P. S. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2015.

SANTOS, L. A. **Avaliação nutricional de pacientes obesos antes e seis meses após a cirurgia bariátrica**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

SCABIM, V. M. **Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-operatório de cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** São Paulo: USP, 2011.

SILVA, R. F.; KELLY, E. O. **Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux.** Brasília: UNB, 2014.

SOUZA, M. E. M. D. de. **Cirurgia Bariátrica:** causas do reganho de peso no pós-operatório. Brasília: UniCEUB, 2014.

STEWART, K. E. Back on track: confronting post-surgical weight gain. **Bariatric nursing and surgical patient care.** 2010.