

ASPECTOS GASTROINTESTINAIS, PERDA DE PESO E USO DE SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS EM PACIENTES PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Daiana Letícia de Mello França

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: daia_let@hotmail.com

Elisangela Almeida do Nascimento

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: elis_maringa@hotmail.com

Angela Andréia França Gravena

Nutricionista; Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Maringá - UEM; Docente do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: angelafranca_@hotmail.com

RESUMO: O objetivo deste trabalho consistiu em caracterizar a perda de peso, os sintomas gastrointestinais e o uso de suplementos vitamínicos em pacientes pós-operatório de cirurgia bariátrica. Para a verificação destes dados aplicou-se um formulário estruturado que incluiu questões abordando o tempo pós-cirurgia, a quantidade de peso perdidos até o momento, uso de suplemento, acompanhamento nutricional e hábitos gastrointestinais (vômito, diarreia, obstipação). Os resultados encontrados demonstraram que os pacientes perderam em média 52,82 Kg. Os sintomas gastrointestinais foram referidos pela maioria dos indivíduos correspondendo a presença de vômito em 50,0% dos casos, diarreia e obstipação em 16,6% respectivamente. Quanto ao uso de suplementos vitamínicos, observou-se que 66,67% faziam o uso do mesmo, porém sem o acompanhamento nutricional. Concluiu-se que os pacientes avaliados apresentaram valores importantes com relação aos sintomas gastrointestinais, à perda de peso e uso de suplementos. Após a cirurgia bariátrica deve-se ter atenção aos alimentos consumidos e a utilização de suplementos vitamínicos, sendo necessário a realização de acompanhamento nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Perda de Peso; Acompanhamento Nutricional.

GASTROINTESTINAL SYMPTOMS, WEIGHT LOSS AND THE USE OF VITAMIN SUPPLEMENTS IN POST-BARIATRIC SURGERY PATIENTS

ABSTRACT: Current analysis characterizes weight loss, gastrointestinal symptoms and the use of vitamin supplements in post-bariatric surgery patients. Data checking was undertaken by a structured form that included questions on the post-surgery period, the amount of weight lost up to the present, the use of vitamin supplements, nutrition monitoring and gastrointestinal phenomena (vomiting, diarrhea, constipation). Results showed that, whereas patients lost an average of 52.82 kg, gastrointestinal symptoms reported by most subjects included vomiting (50.0%) and constipation and diarrhea (16.6%). Moreover, 66.67% of the subjects use vitamin supplements without any nutrition monitoring. Patients showed significant rates in gastrointestinal symptoms, loss of weight and use of vitamin supplements. Care should be taken after bariatric surgery with regard to food consumption and the use of vitamin supplements. Nutritional follow up is highly required.

KEYWORDS: Obesity; Bariatric Surgery; Weight Loss; Nutrition Monitoring.

INTRODUÇÃO

A cirurgia para tratamento da obesidade grave vem sendo empregada há quase 50 anos (GARRIDO; HALPERN; RODRIGUES, 2000). O tratamen-

to justifica-se quando o risco de permanecer obeso exceder riscos, a curto e longo prazo, comparado à cirurgia bariátrica (DIETEL; COWAN, 2000).

A obesidade é considerada uma doença crônica e epidêmica apresentando rápido aumento tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, estando relacionada com alta taxa de morbidade e mortalidade (OLIVEIRA et al., 2004). Nos Estados Unidos, a incidência aumentou em 50% nas últimas duas décadas (STAMLER, 1993).

Alves e colaboradores (2006) revelam que no Brasil o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que nos anos de 2002 - 2003 o índice de obesidade e sobrepeso era de 40% na população adulta, dessa população 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentaram obesidade.

As consequências do excesso de peso à saúde têm sido demonstradas em diversos trabalhos (BAUMGARTNER; HEYMSFIELD; ROCHE, 1995; PISUNYER, 1991). A obesidade é fator de risco para hipertensão arterial (RYAN et al., 1994) hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer (MANSON et al., 1990; MYKKÄNEN; LAAKSO; PYÖRÄLÄ, 1992). A associação de obesidade com crescimento expressivo na incidência de diabetes mellitus e de doenças coronarianas é bem estabelecida (STAMLER, 1993).

Devido ao aumento do excesso de peso têm sido adotados novos métodos e tratamentos que estão sendo propostos e aprimorados de acordo com as necessidades dessa população. A cirurgia bariátrica promove a redução gástrica e a redução intestinal (MANSON et al., 1990; LABRUNIE; MARCHIORI, 2007), trata-se do único procedimento que resulta em perda de peso significativa e permanente nesses doentes, com melhora das condições das referidas co-morbidades (GARRIDO; HALPERN; RODRIGUES, 2000).

De acordo com Cruz e Morimoto (2004) para poder realizar a gastroplastia tem-se que ter um índice de massa corporal (IMC) acima de 40 Kg/m² ou acima 35 Kg/m² apresentando patologias ocasionadas pela obesidade.

Segundo Shikora (2000), existem três formas básicas de tratamento, através de técnicas restritivas, que reduzem o tamanho do reservatório gástrico, aumentando a saciedade e diminuindo a entrada de alimento e velocidade de esvaziamento deste estômago, sendo a mais comum a gastroplastia com bandagem; disabsortivas, cujos procedimentos reduzem a absorção intestinal de alimentos através da exclusão do duodeno e jejuno da passagem de alimentos, diminuindo-se ainda o tamanho do estômago, sendo que tais procedimentos de disabsorção reduzem a absorção das calorias, proteínas e outros nutrientes; e mistas, na qual há combinação de ambas as técnicas.

Porém Valezi e colaboradores (2004), Alves e colaboradores (2006) e Jones (2002) afirmam que com a realização da cirurgia bariátrica há um desvio do trânsito alimentar reduzindo a capacidade absorptiva do intestino, ocasionando deficiências nutricionais. Assim, essas deficiências podem ser ocasionadas pela ingestão insuficiente, e pela absorção que foi comprometida pela técnica cirúrgica. Além disso, a cirurgia pode também ocasionar efeitos indesejáveis como diarreia, vômito, problemas hepáticos, desidratação, entre outros

(CRUZ; MORIMOTO, 2002).

Sjostrom e colaboradores (2004) mostram que a cirurgia se apresenta eficaz no que diz respeito à perda de peso e melhora das comorbidades, refletindo consideravelmente na sua qualidade de vida.

Segundo Cruz e Morimoto (2002) a realização da gastroplastia não significa o final do tratamento e sim o início de um período de mudanças na rotina do paciente, incluindo em seu cotidiano novos hábitos, como atividade física e mudanças comportamentais e alimentares. Essas mudanças devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar.

Quanto às mudanças alimentares no período pós-operatório, Cruz e Morimoto (2002) demonstram que o paciente passa por mudanças relacionadas à sua dieta. Na primeira semana é oferecida dieta líquida completa constituída de alimentos líquidos ou semi-líquidos (gelatina, sorvete); na segunda semana evolui para dieta pastosa que inclui alimentos sem resíduos (liquidificados) e a partir da terceira semana é introduzida a dieta normal.

Para que se possa compreender melhor os possíveis riscos Pareja e colaboradores (2005) mostram que é necessário um esquema de acompanhamento e adequação onde se inclui dieta, consultas e exames, prevenindo complicações e efeitos colaterais relacionados com a restrição alimentar e a baixa absorção de nutrientes.

Assim o propósito da pesquisa consistiu em caracterizar a perda de peso, os sintomas gastrointestinais e o uso de suplementos vitamínicos em pacientes pós-operatório de cirurgia bariátrica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Participaram deste estudo 12 adultos, que realizaram gastroplastia em decorrência da obesidade e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idade entre 19 e 59 anos, pós-operatório de no mínimo 5 meses e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram obtidos diretamente com os participantes, a partir de um formulário estruturado que incluiu questões abordando o tempo pós-cirurgia, a quantidade de peso perdida até o momento, uso de suplemento, acompanhamento nutricional e hábitos gastrointestinais (vômito, diarreia, obstipação).

Para análise dos resultados foi aplicado o teste não paramétrico Exato de Fisher, na qual se verificou as associações das variáveis uso de suplementos e acompanhamento nutricional. Considerou-se como significância estatística o valor de $p \leq 0,05$.

3 RESULTADOS

Do total dos indivíduos, 11 (91,6%) eram do sexo feminino e apenas 1 (8,3%) do sexo masculino. Através da tabela 1 observamos que os pacientes analisados possuíam em média 41,67 anos, o tempo médio pós-operatório foi de 46 meses. Quanto à redução de peso, os pacientes perderam em média 52,82 Kg com uma perda máxima de 108 kg.

Tabela 1 Média, desvio-padrão, mínimo, máximo da idade, perda de peso e tempo pós-operatório dos pacientes pós cirurgia bariátrica, 2008.

Dados	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
Idade	29,00	59,00	41,67	10,45
Perda de peso	30,00	108,00	52,82	25,43
Tempo pós-operatório (meses)	10,00	120,00	46,17	30,99

Em relação à apresentação de sintomas gastrointestinais em decorrência da cirurgia, verificamos que atualmente 50,0% ainda apresentam vômitos, 16,6% diarreia e 16,6% obstipação (figura 1).

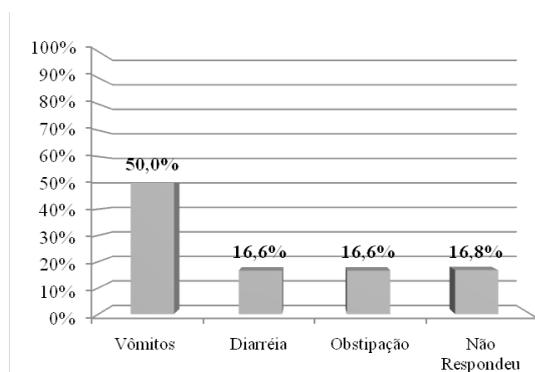


Figura 1 Distribuição dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia bariátrica quanto aos sintomas gastrointestinais, 2008.

Quanto aos dados referentes à alimentação atual, 92,0% dos pacientes relataram um consumo normal referente à consistência e tipo (figura 2). Apenas 16,67% realizavam acompanhamento nutricional, porém a maioria (66,7%) relatou a utilização contínua de suplementos vitamínicos.

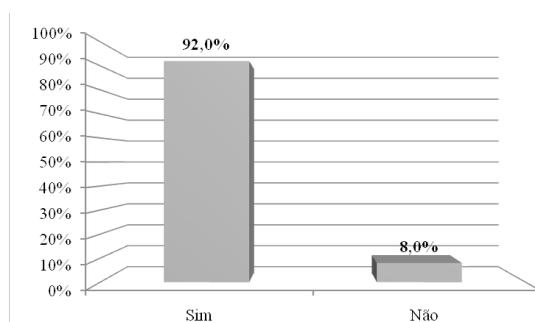


Figura 2 Distribuição dos pacientes no período pós-operatório de cirurgia bariátrica quanto à alimentação atual, 2008.

Através da análise comparativa entre acompanhamento nutricional e uso de suplementos vitamínicos, observa-se que 7 pacientes (58,0%) utilizavam suplementos mesmo sem a realização de acompanhamento nutricional (tabela 2). Após realização do teste Exato de Fischer verificou-se que não houve associação significativa entre a utilização destes suplementos e o acompanhamento nutricional.

Tabela 2 Distribuição dos pacientes quanto ao acompanhamento nutricional no período pós-operatório de cirurgia bariátrica, segundo utilização de suplementos vitamínicos, 2008.

Acompanhamento Nutricional	Suplementos		Total geral
	Sim	Não	
Sim	1,00	1,00	2,00
Não	7,00	3,00	10,00
Total geral	8,00	4,00	12,00

Teste exato de Fisher p = 0,2287

4 DISCUSSÃO

Referente ao gênero identificou-se na presente pesquisa a prevalência de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, este fator pode ser justificado por uma questão social que envolve os padrões de beleza valorizados pela sociedade, pelas dificuldades de locomoção, mobilidade e de acesso aos diversos ambientes, além da realização de diversas atividades sociais, doméstica e econômica (QUADROS et al., 2007).

Quanto à redução de peso no período pós-operatório, podemos observar por meio de resultados obtidos que a média de perda de peso dos indivíduos avaliados foi de 52,82 kg. Dados semelhantes ao encontrado no presente trabalho verificou-se também em estudo realizado por Dias e colaboradores (2006), na qual verificaram que os pacientes perderam em média 50 Kg um ano pós cirurgia e Garrido Junior (2000) que constatou após os 30 meses decorridos da cirurgia que a perda ponderal média foi de 3 Kg por mês, sendo perdido 51% do excesso de peso em seis meses. Cruz e Morimoto (2002) relatam que ocorre uma grande redução de peso após cirurgia bariátrica, trazendo assim grande satisfação ao paciente. Com as operações atuais a disposição da cirurgia bariátrica e o emprego de equipe multidisciplinar no pré e pós-operatório, deve-se esperar redução média de 50% a 60% do excesso de peso corporal e redução média de 10 kg/m² 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 (ZILBERSTAIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2000).

A perda de peso de um indivíduo engloba um cuidado multidisciplinar com reeducação nutricional, início e manutenção de atividade física programada, mudanças nos hábitos de vida. A atenção nutricional deve preferencialmente ser mantida nos pacientes super obesos submetidos à cirurgia bariátrica até o segundo ano pós-operatório para se obter melhores resultados (CARLINI, 2001).

Os pacientes avaliados encontravam-se em tempo cirúrgico superior a 5 meses, a alimentação neste período torna-se normal, ou seja, todos os alimentos passam a ser incluídos na alimentação diária, nessa fase o paciente pode ser capaz de selecionar os alimentos que lhe proporcionam conforto, satisfação e qualidade nutricional (MOREIRA; CHIARELLO, 2008). Verificamos no nosso estudo que realmente a maioria (92,0%) consome estes tipos de alimentos.

Mesmo estando os pacientes consumindo alimentos normais verificou-se que a maioria apresenta ainda sintomas

gastrointestinais decorrentes da cirurgia. Em estudo semelhante realizado por Dias e colaboradores (2006) e Quadros e colaboradores (2007), os autores identificaram a presença dos mesmos sintomas gastrointestinais (vômito, diarreia e obstipação). Provavelmente estes sintomas se justificam por uma alimentação de má qualidade, ingestão de alimentos superiores a nova capacidade gástrica e mastigação inadequada em relação à velocidade de ingestão, pois a literatura nos relata que após longo período pós-operatório, o organismo já se adaptou com a nova capacidade gástrica, apresentando maior aceitabilidade dos alimentos, o que não exclui possibilidade de algum tipo de intolerância a certos alimentos que possam causar qualquer desconforto gástrico (QUADROS et al., 2007). Pessina, Andreoli e Vassallo (2001) afirmam que tais sintomas iniciam-se nas primeiras semanas de pós-operatório, sendo náuseas e vômitos as queixas mais frequentes.

Em relação ao uso de suplementos observou-se que a maioria dos pesquisados faziam o uso do mesmo. Nishiyama e colaboradores (2007) relatam em seu estudo que 40% dos indivíduos estudados discordaram da necessidade da utilização destes suplementos durante toda a vida. Shikora (2000) ressaltam que depois da cirurgia há uma significativa deficiência de nutrientes, o que justificaria a utilização dos suplementos nutricionais, principalmente o uso de complexos de vitaminas e minerais, para que estes pacientes atinjam, no mínimo, as recomendações nutricionais.

Analisou-se no atual trabalho que os pacientes realizam uso de suplementos vitamínicos sem devido acompanhamento nutricional, o que caracteriza uma substituição de uma alimentação de qualidade e com recomendações nutricionais adequadas por uma alimentação desbalanceada. O acompanhamento nutricional é indispensável, pois prioriza a educação nutricional. Em estudo realizado por Nishiyama e colaboradores (2007) todos os candidatos à cirurgia concordaram quanto à importância das consultas com o profissional nutricionista, visando à orientação dietoterápica no pós-operatório, uma vez que 100% deles assinalaram esta resposta. Isso demonstra a preocupação e a necessidade de obterem maiores informações sobre a conduta nutricional a ser seguida durante todo o processo de modificação do comportamento alimentar.

No pós-operatório tardio volta-se a trabalhar mudança de hábitos e alimentação saudável contemplando uma melhor mastigação, horários fixos para as refeições, fracionamento adequado, ingestão de frutas e vegetais e redução de alimentos ricos em gordura e açúcares simples, pois ao passar do tempo os pacientes tendem a retomar hábitos alimentares sendo que algumas vezes esta retomada pode também resultar em processo de ganho de peso (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

O serviço de nutrição dá início ao processo de reeducação alimentar e orientações quanto ao consumo de alimentos que possam ser difíceis à ingestão do paciente devido aos hábitos alimentares inadequados. É importante que o nutricionista oriente o paciente quanto à ingestão de alimentos sólidos, além da mastigação eficiente, já que o paciente pode apresentar receio na ingestão deste alimento. Segundo Cruz e Morimoto (2004), esta intolerância tem sido reduzida com a

orientação no pré-operatório e com a introdução gradual dos alimentos sólidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes avaliados apresentaram valores importantes com relação aos sintomas gastrointestinais gerados pelo ato cirúrgico, devendo este ter um acompanhamento para melhora do seu quadro. Com relação à perda de peso a cirurgia bariátrica foi muito eficaz, mas deve-se ter atenção aos alimentos consumidos, devido à alimentação poder tornar-se inadequada em horários e hábitos, podendo com o passar dos anos retomarem o ganho de peso. Os suplementos vitamínicos podem ser utilizados em caso de alguma deficiência previamente diagnosticada, devendo ser utilizados com acompanhamento nutricional.

É importante que sejam feitos maiores estudos com este tipo de pacientes, a fim de aprimorar cada vez mais os tratamentos nutricionais, visando maior benefício ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. F. A. et al. Beribéri pós bypass gástrico: uma complicação não tão rara. Relato de dois casos e revisão da literatura. *Arq. Bras. de End. e Met.*, v. 50, n. 3, p. 564-568, 2006.
- BAUMGARTNER, R. N.; HEYMSFIELD, S. B.; ROCHE, A. F. Human body composition and the epidemiology of chronic disease. *Obesity Res.*, v. 3, p. 73-95, 1995.
- CARLINI, M. P. *Avaliação Nutricional e de Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC: UFSC, 2001.
- CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Rev. de Nutr.*, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.
- DIAS, M. C. et al. Dietary Intake of Female Bariatric patients after Anti-Obesity Gastroplasty. *Clinics*, v. 61, n. 2, p. 93-98, 2006.
- DIETEL, M.; COWAN JR., G. S. M. **Update:** Surgery for the morbidly obese patient. Canadá: FD-Communications, 2000 .
- GARRIDO JUNIOR, A. B. Cirurgia em Obesos Mórbidos – Experiência Pessoal. *Arq. Bras. Endocrinol Metabol*, v. 1, n. 44, p. 106-110, 2000.
- GARRIDO, A.; HALPERN, A.; RODRIGUES, J. J. G. Cirurgia para obesidade grave: vivência de duas décadas. *Rev. Bras. Nutr. Clín.*, v. 15, n. 3, p. 400-405, 2000.
- JONES, G. F. C. Vitaminas. In: ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, K. **Krause: Alimentos Nutrição e Dietoterapia**. 10. ed. São Paulo, SP: Roca; 2002. p. 65-105.

- LABRUNIE, E. M.; MARCHIORI, E. Obstrução intestinal pós-gastroplastia redutora pela técnica de higa para tratamento da obesidade mórbida: aspectos por imagem. **Rev. de Rad. Bras.**, v. 40, n. 3, p. 161-165, 2007.
- MANSON, J. E. et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. **N. Engl. J. Med.**, v. 322, p. 882-889, 1990.
- MOREIRA, M. A.; CHIARELLO, G. P. **Atenção Nutricional: Abordagem Dietoterápica em Adultos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.195-202, 2008.
- MYKKÄNEN, L.; LAAKSO, M.; PYÖRÄLÄ, K. Association of obesity and distribution of obesity with glucose tolerance and cardiovascular risk factors in the elderly. **Int. J. Obesity**, v. 16, p. 695-704, 1992.
- NISHIYAMA, M. F. et al. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 11, n. 2, p. 89-98, 2007.
- OLIVEIRA, C. L. et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 2, p. 237-245, 2004.
- PAREJA, J. C. et al. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso-experiência em 41 pacientes. **Arq. de Gastr.**, v. 42, n. 4, p. 1188, 2005.
- PESSINA, A.; ANDREOLI, M.; VASSALLO, C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. **Obes. Surg.**, v. 11, n. 4, p. 459-463, 2001.
- PI-SUNYER, F. X. Health implications of obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 53, p. 1595-1603, 1991.
- QUADROS, M. R. R. et al. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. de Nutr.**, v. 22, n. 1, p. 15-19, 2007.
- RYAN, A. S. et al. Relationship of blood pressure to fatness and fat patterning in mexican american adults from the hispanic health and nutrition examination survey (HHANES,1982-1984). **Coll Antropol**, v. 18, p. 89-99, 1994.
- SHIKORA, A. S. Surgical treatment for severe obesity: the state-of-the-art for the new Millennium. **Nutr. Clin. Pract.**, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2000.
- SJOSTROM, L. et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. **N. Eng. J. Med.**, v. 351, n. 26, p. 2683-2693, 2004.
- STAMLER, J. Epidemic obesity in the United States. **Arch. Intern. Med.**, v. 153, p. 1040-1044, 1993.
- VALEZI, A. C. et al. Gastroplastia vertical com bandagem em Y-de-Roux: Análise de resultados. **Rev. Col. Bras. de Cir.**, v. 31, n. 1, p. 49-56, 2004.
- ZILBERSTAIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, C. A. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Rev. Bras. Med.**, v. 59, n. 4, p. 258-264, 2001.

Recebido em: 20 Março 2010

Aceito em: 06 Janeiro 2011

