

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA CONSIDERANDO O ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL PRÉ E PÓS CIRÚRGICO

Magda Garcia de Souza^{1,2}
Maria Aparecida M.F.N.Barreto^{1,3}
Selma Maria dos Santos^{1,4}
Rafaela Liberali¹
Francisco Navarro¹

RESUMO

A incidência da obesidade tem aumentado consideravelmente nos últimos anos com grande número de pessoas classificadas com obesidade mórbida. Para esta patologia tem sido indicada a cirurgia bariátrica, cujo objetivo é promover a redução de peso em pacientes obesos mórbidos. Uma das técnicas consideradas padrão ouro é a Gastroplastia vertical com banda Y Roux. O Objetivo do trabalho foi analisar a importância da intervenção multidisciplinar no tratamento cirúrgico da gastroplastia em pacientes obesos mórbidos. Foram coletados dados de n=74 pacientes adultos de ambos os gêneros em atendimento de ambulatório de um hospital público, durante doze meses com as principais variáveis, idade, gênero, peso inicial, IMC. A análise dos dados foi aferida e tabela de frequência, onde se verificou que os pacientes partiram de um peso médio de 126,01kg apresentando uma perda ponderal média de 35 kg, equivalente a 40% aproximadamente de perda ponderal em doze meses de acompanhamento, o que sugere que a atuação multidisciplinar adequada evidencia a importância da intervenção dos profissionais da equipe.

Palavras Chave: obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, acompanhamento nutricional, intervenção multidisciplinar.

1 - Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho - UGF

2 – Graduada em nutrição pela UniABC

3 – Graduada em nutrição pelo Centro Universitário São Camilo

4 - Graduada em nutrição pelo Centro Universitário São Camilo

ABSTRACT

Intervention Multidisciplinary's importance in the treatments of the Morbid Obesity considering the Nutritional attendance precociously a post surgical treatment

The incidence of the obesity has been increasing considerably in the last years and among that pathology stands out the morbid obesity. Fothisa pathology the bariatric operation has been indicated and it intent is to promote the weight reduction in patients with morbid obesity. One of techniques considered pattern gold is vertical gastroplasty with band y Roux. Information's about 74 adults patients wow collected in service of clinic in a public hospital during twelve months with the main variables, age, gender, initial weight and body mass index (BMI). The analysis of the data was checked in frequency table, where it was verified that the patients left of a medium weight jog 126.01Kg (277.8 Lbs) presenting a loss medium ponderal of 35 Kg (77.2 Lbs), equivalent to 40% approximately of loss ponderal in twelve mother of attendance what suggests that the importance of the professionals team in the intervention.

Key Words: Morbid obesity, bariatric operation, nutritional attendance, intervention multidisciplinary.

Endereço para correspondência:

Rua Pedro Pomponazzi, 501 – Vila Mariana

São Paulo – Capital

CEP 04115-0000 /

e-secel@bol.com.br"

INTRODUÇÃO

A Obesidade é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, revelando-se nas últimas décadas uma doença epidemiológica. Dentre as patologias nutricionais é a que mais tem aumentado, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento como o Brasil (Damaso, 2003).

A incidência do número de pessoas diagnosticadas com sobrepeso e obesidade tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, e dentre esses se destacam os obesos mórbidos, cujo impacto da doença faz-se sentir de maneira intensa. Visando o tratamento desse grupo em particular, surgiram técnicas cirúrgicas, já que os tratamentos conservadores a base de dietas e drogas são incapazes de produzir perda de peso significativa com índice de recidivas elevado. Para esses pacientes tem sido indicado à cirurgia bariátrica (Carneiro, 2005).

A cirurgia Bariátrica é o nome dado às intervenções realizadas no aparelho digestivo para tratamento da obesidade e tem como objetivo promover a redução de peso em obesos mórbidos (Mahan, 2003). Dentre as diversas técnicas cirúrgicas é considerado padrão ouro para esse tipo de doente a Gastroplastia vertical com banda Y Roux (GVBYR) proposta por Fobi e Capella (Fobi e Lee e Fleming, 2000).

Em 1999 o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico para os obesos mórbidos e incluiu a Gastroplastia entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2000).

OBESIDADE

A obesidade é uma doença crônica definida como um acúmulo excessivo de tecido adiposo num nível que compromete a saúde dos indivíduos é também uma enfermidade heterogênea, complexa e multifatorial (WHO, 1997). As estatísticas mostram que a obesidade aumenta os riscos de outras doenças como: diabetes mellitus, gota, doenças biliares, aterosclerose e hipertensão arterial, insuficiência cardio-respiratória, bronquite crônica entre outras patologias. Em síntese, "A obesidade reduz a expectativa de vida" (Longo e Navarro, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS), há em todo o mundo, mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e aproximadamente trezentos milhões com obesidade. Os principais fatores que contribuíram para esse aumento de peso se relacionam as facilidades da vida moderna, como elevadores, controles remotos, uso excessivo de computadores, automóveis, telefone sem fio e sedentarismo (OPAS/ OMS, 2003).

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil torna-se ainda mais relevante, ao verificar-se que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda (Monteiro, 1998).

EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

Estudos epidemiológicos sob estado nutricional demonstram que o excesso de peso se apresenta como grave problema de saúde pública nas sociedades afluentes e nos países em desenvolvimento (Monteiro, 1998).

O crescimento acelerado da obesidade nas populações ocorreu devido à modernização das sociedades, na qual entre outras coisas provocou maior oferta de alimentos, aliada a melhoria da condição de trabalho, como a mecanização e automação. A falta da prática de atividade física concomitantemente a mudança de hábitos alimentares denominadas transição nutricional caracterizada pelo aumento de ingestão de gorduras, açúcar simples e cereais refinados e pela redução do consumo de carboidratos complexos e fonte de fibras mudou o perfil de morbimortalidade nas sociedades, destacando seu excesso de peso e a obesidade como doenças fundamentais. Por essas razões, a obesidade tem sido denominada como doença da civilização moderna ou síndrome do novo mundo (Popkin e Bisgrove, 2003).

ETIOLOGIA

A obesidade apresenta uma etiologia multifatorial, dessa forma pode ser classificada em dois grandes conceitos: Exógena e Endógena. A Exógena é influenciada por fatores externos de origem comportamental, dietética ou ambiental, como alimentação, a

atividade física e o estresse, que representam em torno de 95% dos casos. A endógena está relacionada a componentes genéticos, neuropsicológicos, neuroendócrinos, medicamentosos e metabólicos dos quais representam aproximadamente 5% dos casos (Crosato e Marques, 2005).

O principal fator responsável pela obesidade encontra-se no meio ambiente, que promove o desenvolvimento dessa condição por meio de excesso de ingestão de alimentos e da redução de atividade física. Existe uma incompatibilidade entre estilo de vida e genes, pois a obesidade tem componentes genéticos. Estima-se que a prevalência da obesidade (IMC > 30) seja aproximadamente duas vezes maior em famílias de obesos do que na população em geral. Além disso, o risco de se desenvolver a obesidade mórbida (IMC > 45) é aproximadamente oito vezes maior nas famílias de indivíduos muito obesos. Outro aspecto importante a ser destacado na etiologia da obesidade, é que à medida que a sociedade se torna mais desenvolvida e industrializada, a demanda por atividade física diminui, conseqüentemente diminui o gasto energético diário (Francischi e colaboradores, 2000).

TRATAMENTO PRÉ CIRURGICO

Do ponto de vista nutricional, os pacientes submetidos à gastroplastia redutora deverão ser acompanhados para receber orientações específicas para elaboração de uma dieta qualitativamente adequada. A adesão ao tratamento terá de ser avaliada, uma vez que pacientes instáveis psicologicamente podem recorrer a preparações de baixa qualidade nutricional, colocando em risco o sucesso da intervenção em longo prazo. De fato, a intervenção mecânica serve apenas para aumentar a adesão à dieta, induzindo a saciedade após ingestão de pequeno volume de alimento, mas o cuidado nutricional deverá ser mantido, caso contrário poderá ser assumido um padrão de alta densidade calórica (sobretudo com preparações líquidas) e desequilibrado nutricionalmente. No período pré operatório, é importante o paciente ser informado sobre o programa a que ele será submetido. Durante o preparo, quando será assistido por equipe multiprofissional, serão avaliados aspectos clínicos, psicológicos e nutricionais que

determinarão sua condição atual e correspondem aos critérios de indicação da cirurgia. Será de grande valia oferecer um plano de restrição calórica moderada, visando ao emagrecimento no pré operatório, cuja adesão será facilitada por tratamento.

A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do doente. A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões (Martins e Pierosan, 2007).

Nesse período, ele deverá demonstrar interesse pela sua alimentação, aprimorando suas atitudes com relação à disciplina alimentar e à seleção de alimentos, prática que terá de ser mantida após a cirurgia (Motin e colaboradores, 2002).

CIRURGIA BARIATRICA

As cirurgias são classificadas como disabsortivas e/ou restritivas. São reconhecidas três técnicas de tratamento cirúrgico. A gastroplastia vertical com bandagem foi desenvolvida em 1982 por Mason. É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste "pequeno estômago". Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém, observa-se uma queda na velocidade de perda de peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento. Uma das razões propostas para este fato é o aprendizado realizado pelos pacientes. Eles passam a selecionar e ingerir alimentos líquidos hipercalóricos com uma passagem rápida pelo "estômago estreitado" (p.ex.: "Milk shake", leite condensado, etc.) (Geneviva e colaboradores, 2006).

A "Lap Band" é outra técnica cirúrgica restritiva, relativamente recente. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este artefato fica conectado a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado.

Esta técnica ainda carece de uma melhor avaliação em estudos de seguimento (Macgregor e Rand, 2000).

Nos últimos anos, entretanto, vem predominando uma terceira técnica que reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de Capella. Aqui, a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal em formato da letra Y (chamada de Y de Roux). Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5 cm) e conexão com uma alça intestinal. A ingestão de carboidratos simples pode, assim, ocasionar a chamada síndrome de "dumping" (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia). Esta síndrome pode desempenhar um importante papel na manutenção da perda de peso. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias na ordem de 35% em longo prazo. É uma técnica segura e com uma baixa morbidade (Capella e Capella, 2006).

TRATAMENTO PÓS CIRÚRGICO

No pós operatório ocorrem modificações com relação à consistência que englobam não apenas a apresentação da dieta com alimentos ou preparações na forma líquida, pastosa ou de consistência mais sólida, mas também fatores nutricionais que interferem no trabalho digestivo associado ao tipo de dieta como teor de fibra, resíduos, gordura e tempo de cocção (Arasaki e colaboradores, 2001).

Geralmente a primeira dieta após jejum pós operatório de cirurgia de gastroplastia consiste de dieta líquida, chá, refresco e caldos de legumes, é restrita quanto ao conteúdo de resíduos diminuindo o trabalho digestivo por curto período de tempo de um a quatro dias passando a dieta líquida completa, incluindo mistura à base de leite iogurtes e sopas liquidificadas durante quinze dias (Halpen e colaboradores, 2000).

Nos próximos quinze dias restantes permanecerá a dieta liquidificada também pobre em fibras e fácil digestão, ainda que apresentem uma consistência mais espessada, não requer mastigação (Cuppari 2005).

No segundo mês pós cirúrgico da-se início a dieta pastosa cuja digestibilidade ainda está facilitada, porém será incluída uma maior variedade de alimentos. A permanência com esta dieta é variável, podendo ser de até um mês. Com a adaptação da dieta o paciente tem continuidade com a dieta branda que consiste em uma refeição restrita em fibras e lipídeos facilitando a digestibilidade, tendo uma boa evolução na aceitação logo o paciente terá alimentação normal. O uso de complexos vitamínicos e sais minerais são essenciais pelo resto da vida, assim como o acompanhamento médico e exames (Garrido Junior, 2008).

Crerios para a Indicação da Cirurgia na Obesidade Mrvida.

 consenso mundial, que a cirurgia bariátrica, está indicada para obesos mrvidos que preenchem os seguintes crerios: tratamento prévio clínico com acompanhamento médico, com uso de drogas, exercícios, etc. e que resultaram em fracasso (isso ocorre em 89% dos pacientes obesos mrvidos). Ausência de outras condies mrvidas que possam contra-indicar uma cirurgia. Pacientes com IMC maior que 40 kg/m². Pacientes com IMC entre 35 – 40 kg/m², mas que tenham outras patologias graves em que a perda de peso será fundamental para o tratamento dessas patologias. Embora possam ocorrer excees, estes crerios são utilizados para a realizao do tratamento cirúrgico Algumas condies mrvidas (diabetes mellitus e hipertensão arterial), são agravadas pela obesidade e, portanto, não se constituem em contra indicao para o tratamento cirúrgico, mas na realidade são indicaes para a cirurgia (Conselho Federal de Medicina, 2005).

Doenças psiquiátricas graves são contra indicadas para tratamento cirúrgico, a menos que, segundo avaliao do psiquiatra, o problema esteja estável ou com melhora evidente. Estudos mais recentes têm demonstrado que as alteraes psicológicas dos obesos mrvidos não diferem geralmente das encontradas na populao de peso normal. Os sintomas psicológicos como baixa auto-estima, frustrao, ansiedade e depressão moderada estão presentes em algum grau em muitos pacientes com obesidade mrvida. Esses sintomas

geralmente melhoram após as cirurgias para a redução do peso (Segala e Fandinob, 2000).

Também é usada como critério a ausência de quadros psicóticos, uso de drogas lícitas ou ilícitas como álcool e demências graves ou moderadas (Conselho Federal de Medicina, 2005).

Portanto o objetivo desse trabalho é analisar a importância da intervenção multidisciplinar no tratamento pré e pós cirúrgico da gastroplastia em pacientes obesos mórbidos de ambos os gêneros com idade entre 18 e 60 anos, operados em um Hospital Público na Cidade de Diadema, no Estado de São Paulo durante o ano de 2006.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, realizada em um Hospital Público na Cidade de Diadema, no Estado de São Paulo durante o ano de 2006. Segundo Liberali (2008) pesquisa descritiva é aquela que levanta dados da realidade sem nela interferir.

A população do estudo corresponde a N = 100 indivíduos obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica tipo "Capella" no ano de 2006. Desses foram analisados uma amostra de n = 74 pacientes adultos que estavam em seguimento regular, sob cuidados de uma equipe multidisciplinar de tratamento de pacientes com obesidade mórbida. Todos assinaram o formulário de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados em uma ficha de atendimento do ambulatório de obesidade do hospital, na qual continha informações sobre a identificação dos pacientes como: nome, idade, gênero, diagnóstico, complicações, tipo de cirurgia, e dados de avaliação nutricional como: peso pré e pós operatório, altura, índice de massa corporal pré e pós operatório, excesso de peso, porcentagem de perda de excesso de peso no período após doze meses pós operatório.

Os critérios para seleção e inclusão no presente estudo são idade entre 18 e 60 anos, índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m². E IMC entre 35 e 40Kg/m² com presença de doenças associadas, e submetida ao acompanhamento de pré e pós cirúrgico conforme protocolo da equipe multidisciplinar do hospital, descrito a seguir: os pacientes

obesos de uma forma geral são encaminhados pelas UBSs (Unidade Básica de Saúde) de seu Município de origem para o tratamento ambulatorial. Já inseridos no ambulatório, os pacientes passam por acompanhamento clínico com endocrinologista e nutricionista e a partir dessa triagem é feita à classificação: Obeso Grau I é encaminhado novamente para a rede para acompanhamentos em UBSs, Obeso Grau II é mantido no serviço para acompanhamento clínico com endocrinologistas, nutricionistas dentre outros profissionais; Obeso Grau III é encaminhado para o GTOM (Grupo de Tratamento da Obesidade Mórbida).

Os pacientes são inicialmente submetidos a uma avaliação clínica e antropométrica realizadas pela equipe multidisciplinar composta por: cirurgião, endocrinologista, psicólogo e nutricionista. O grupo de pacientes selecionados para tratamento da obesidade mórbida através de cirurgia bariátrica inicia-se quando os mesmos participam de palestras mensais com os vários profissionais para apresentação, conscientização, esclarecimento e adesão ao tratamento cirúrgico. Após essa apresentação inicial os pacientes passam por acompanhamento com psicólogos por seis semanas e acompanhamento clínico e nutricional mensal por três meses. As medidas de peso são realizadas em balança eletrônica, com capacidade para 300 kg (Filizola- Star Idm Led Visor Remoto 300 Kg Plataforma 44x60cm), os pacientes são pesados com roupas leves e sem calçados. A estatura é obtida através estadiômetro (SANNY STANDARD) com escala de 80 a 225 cm com cursor retangular e fixação na parede (com resolução de 0,1cm).

Durante a anamnese clínica os mesmos são questionados sobre alguns aspectos da obesidade como: início do quadro, tipos de tratamentos já realizados, presença de comorbidades, antecedentes pessoais e familiares e hábitos alimentares. Inicialmente todos os pacientes são orientados a mudança de hábitos alimentares na tentativa de corrigir possíveis inadequações e passam a fazer uso de dieta hipocalórica padronizada de 1300 calorias, com intuito de perda ponderal de 10% do peso apresentado.

O programa de intervenção multidisciplinar do grupo de tratamento da obesidade mórbida tem como objetivo tratar

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

cl clinicamente e cirurgicamente a obesidade mórbida. Apresentam-se no quadro 1 as práticas desenvolvidas durante o

acompanhamento dos candidatos ao tratamento cirúrgico.

Quadro1: Avaliação das atividades desenvolvidas no ambulatório do Hospital Estadual de Diadema.

Atividade	Estratégia	Responsável	Local	Análise da Prática
Consulta	Avaliação Antropométrica Anamnese	Equipe Multidisciplinar	Ambulatório	Positiva. Auxilia no conhecimento do perfil do paciente
Prescrição dieta Hipocalórica e Conduta medicamentosa	Perda ponderal de 10% antes da cirurgia	Endocrinologista e Nutricionista	Ambulatório	Positiva. Auxilia o paciente na adaptação de hábitos alimentares adequados
Palestras	Orientação e facilitação da adesão	Equipe Multidisciplinar	Anfiteatro	Positiva. Auxilia no esclarecimento do procedimento
Acompanhamento do paciente	Orientação ao paciente, pirâmide alimentar, recordatório, exames bioquímicos, evolução de dieta, evolução clínica	Equipe Multidisciplinar	Ambulatório	Positiva. Auxilia na adesão maximizando os resultados positivos da intervenção

As principais variáveis do estudo são idade, gênero, peso inicial (Kg) índice de massa corporal (IMC)Kg/m².

A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva e tabelas de frequência. O teste "t" de Student para dados pareados para comparação de pré e pós cirurgia bariátrica, e o teste de correlação linear de Pearson para verificação da associação entre idade e IMC, idade e peso. Com nível de significância de p≤0,05.

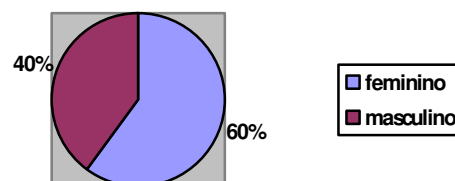


Figura 1: Porcentagem dos amostrados em relação ao gênero

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados 74 pacientes adultos com obesidade mórbida, sendo que 60% do gênero feminino, 40% do gênero masculino, ambos com idade entre 18 e 60 anos, sendo todos submetidos à Gastroplastia redutora tipo capella.

Demonstra-se na figura 1 que o gênero feminino é superior em relação ao gênero masculino das pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica, sendo que o percentual de mulheres submetidas à cirurgia foi de 60%, enquanto os pacientes masculinos totalizaram 40%. Similar ao estudo de Carlini, (2001) que verificou em sua pesquisa que, de um total de

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

30 pacientes obesos submetidos à cirurgia, 70% eram mulheres e 30% homens. Dalabona e colaboradores (2005) também relatam resultados semelhantes onde 86,2% dos pacientes eram do gênero feminino e 13,8% do gênero masculino.

A análise descritiva geral da população estudada mostrou que os pacientes

partiram de um peso médio de $126,01 \pm 28,7$ Kg, apresentando uma perda ponderal média de 35Kg, que equivale a 40% aproximadamente em doze meses de acompanhamento, conforme observado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Valores descritivos e do teste "t" do peso corporal em KG

	Média \pm desvio padrão	máximo	mínimo	p
Peso inicial	139,47 \pm 29,70	212,7	95	
Peso pré cirúrgico	126,01 \pm 28,75	188,30	82	0,000***
Peso pós cirúrgico	91,80 \pm 23,75	143,8	49,3	0,000***

p = probabilidade de significância ($p < 0,05$)

O teste "t" mostrou que existe grande diferença entre o peso inicial e o peso pré cirúrgico com um $p = 0,000^{***}$ e também significativo entre o peso pré cirúrgico com um $p = 0,000^{***}$. Isso quer dizer que tem diferença significativa entre os pesos e que a intervenção cirúrgica associada ao trabalho multidisciplinar é efetiva na redução do peso, pois os resultados obtidos equivalem aos mesmos encontrados na literatura que demonstram redução de peso significativo conforme aponta Lima e colaboradores (2002) em estudo que apresenta redução de 10,8% no primeiro mês pós cirúrgico.

Estudos com pacientes submetidos à cirurgia tipo Capella, relatados por Valezi e colaboradores (2004) apresentam redução ponderal em torno de 40% do peso pré-operatório após doze a vinte e quatro meses de cirurgia, resultados esses compatíveis com o presente estudo. Segundo Maclean e colaboradores (2001) a meta de um programa de cirurgia bariátrica para pacientes com obesidade mórbida, é a redução das comorbidades associadas à doença e a perda ponderal.

Nesse estudo, a maioria dos pacientes apresentou resultado satisfatório, no primeiro ano de pós-operatório, os pacientes perderam aproximadamente 40% de seu peso corporal inicial, cujos resultados também foram encontrados por Arasaki e colaboradores (2001) em estudos semelhantes.

Essa perda ponderal é o resultado da cirurgia bariátrica do método Fobi e Capella que consiste na redução do reservatório

alimentar gástrico através de sua secção, deixando funcionando uma bolsa de no máximo 30 ml de capacidade excluindo do trânsito de nutrientes todo o restante do estômago, o duodeno e o jejuno proximal. Uma alça jejunal isolada em Y é anastomosada a pequena bolsa. A perda de peso não só ocorre pela restrição alimentar, mas também pela modulação de hormônios gástricos e intestinais que agem reduzindo o apetite, aumentando a saciedade ou diminuindo a resistência periférica a insulina (grelina, GLP1, PYY, GIP). Também promove uma derivação biliopancreática aumentando o gasto energético basal pela indução de hipertrofia intestinal (Libanori e colaboradores, 2005).

Essa técnica cirúrgica associada à intervenção multidisciplinar conforme descrita no quadro 1 destaca a eficácia do programa adotado pela equipe do Hospital Estadual de Diadema com enfoque no papel do nutricionista no acompanhamento de pacientes com obesidade mórbida submetido à cirurgia bariátrica. O presente trabalho parte da hipótese que a intervenção multidisciplinar é de suma importância no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, refletindo em um resultado positivo com apresentação de perda de peso compatível com outros estudos já realizados.

Observa-se na tabela 2, que os valores de IMC inicial em comparação ao IMC pré e pós cirúrgico é significativo com $p = 0,000$. Isso significa que existe diferença entre IMC e que, portanto existe resultado positivo

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

no acompanhamento do tratamento pela equipe multidisciplinar, como observou Nishiyama e colaboradores em estudo com

pacientes já operados que apresentaram IMC pós cirúrgico com valor médio idênticos ao encontrado no presente estudo.

Tabela 2 - Valores descritivos e do teste "t" do IMC

	Média ± desvio padrão	máximo	mínimo	p
IMC inicial	48,63 ± 9,78	70,19	32	
IMC pré cirúrgico	43,72 ± 9,49	67,07	27,15	0,000***
IMC pós cirúrgico	31,92 ± 7,72	52,03	18,7	0,000***

p = probabilidade de significância (p < 0,05)

Tabela 3 - Valores descritivos e do teste de correlação de Pearson entre idade e peso, idade e IMC

	R	p
Idade x IMC	0,20	0,86
Idade x peso	0,13	0,26
IMC x peso	0,91	0,000***

p = probabilidade de significância (p < 0,01)

Observa-se na tabela 3 que não houve correlação estatisticamente significativa entre idade e IMC e idade e peso corporal, somente havendo forte correlação positiva e estatisticamente significativa entre IMC e PESO, sendo que quanto maior o peso maior o IMC e maior o risco de desenvolver patologias associadas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o gênero feminino é predominante nas cirurgias bariátricas com percentual de 60% em relação ao gênero masculino cujo percentual foi de 40%. Não houve correlação significativa com relação à idade e perda de peso, tampouco com idade e IMC, porém houve grande significância entre diminuição de peso e IMC.

O resultado encontrado no presente trabalho permite concluir que o acompanhamento da equipe multidisciplinar é fundamental para garantir o sucesso do procedimento cirúrgico. O acompanhamento nutricional é importante para monitorar a evolução dos pacientes em relação à perda de

peso, aspectos alimentares, adesão a dieta, e promoção de hábitos alimentares adequados e duradouros, bem como o aconselhamento dietético e o impacto positivo na perda ponderal.

É importante salientar que há carência de publicações sobre o tratamento cirúrgico de obesos mórbidos relacionados diretamente com a nutrição, motivo pelo qual se espera que outros grupos de tratamento ao obeso mórbido divulguem seus resultados para enriquecimento mútuo.

Recomendamos que outros profissionais sejam integrados ao conjunto da equipe como, por exemplo, fisioterapeutas e educadores físicos a fim de enriquecer o trabalho da equipe.

REFERENCIAS

- 1- Arasaki, C.H.; e colaboradores. Cirurgia de obesidade mórbida pela técnica de Capella via aberta: resultados de pacientes Rev. de Nut, Campinas, jan/abril 2001, p. 50-54.
- 2- Capella, J.F.; Capella, R.F. The Wright reduction operation of choice: Vertical banded gastroplasty or gastric by-pass? AM J Surg 2006; p.171-174.
- 3- Carlini, M.P. Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. 2001.109f. Dissertação (mestrado em engenharia de produção)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- 4- Ceneviva, R.; e colaboradores. Cirurgia Bariátrica e Apneia do Sono: Simpósio Distúrbio Respiratório do sono da Faculdade

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

de Medicina de Ribeirão Preto. Vol 39(2): pag. 245-245, Abril/junho2006.

5- Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº1. 766/05, publicação no Diário Oficial da União em 11/07/2005, Seção I, p.114.

6- Crosato, E.M.; Marques, L.Z. Qualidade de vida em pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à gastroplastia vertical com banda com derivação em Y de Roux. Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC, 2005.

7- Cuppari, L. Clínica no adulto, 2ª edição, Ed: Manole, pg. 164-170 ano 2005.

8- Dalabona, C.C.; e colaboradores. Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia/PUC. Nutrição em pauta, a.12, n.70, jan./fev.2005.

9- Damaso, A. Obesidade. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

10- Fobi, M.A.L.; Lee, H.; Fleming, A. Thesurgicatechnique of the banded Roux-em-Y gastric bypass. J Obesity Weight Reg 2000.

11- Francischi, R.P.; e colaboradores. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. de Nutrição, Campinas, jan/abril, p. 17-28, 2000.

12- Garrido Junior, A.B. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: HALPERN, A. Obesidade. São Paulo: Lemos, 1998.p.331-341

13- Libanori, e colaboradores. Complicações de cirurgia: Complicações da cirurgia bariátrica cap. 61 pg.763-776, 2005.

14- Liberali, R. Metodologia Científica Prática: um saber-fazer competente da saúde à educação. Florianópolis: (s.n.), 2008.

15- Lima, S.; e colaboradores. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados em um hospital comunitário. 2002; p. 3:33 <http://www.scielo.br> – acesso 10 de dezembro de 2008.

16- Longo, E.N.; Navarro, E.T. Manual Dietoterápico: plano de alimentação com calorias controladas para o excesso de peso em obesidade. 2ª Ed Porto Alegre: Artmed, 2002.

17- Macgregor, A.M.C.; Rand, C.S.W. Gastric surgery in morbid obesity: outcome in Patients aged 55 years and older. Arch surg 1993; 128:1153-157.

18- Maclean, L.D.; Rhode, B.M.; Shizgal, H.M. Gastroplasty for obesity. Surg Gynecol Obstet. 2001; p.153-200.

19- Martins, C.; Pierosan, S. Manual do Educador. Curitiba: Nutroclinica; 2007.

20- Ministério da Saúde do Brasil-Portaria n 196 de 29-02-2000 publicação no Diário Oficial da União em 01-03-2000.

21- Monteiro, A.C. Epidemiologia da obesidade. Em: Halpern A, et al. Obesidade, São Paulo: Lemos Editorial; 1998. P. 15-31.

22- OPAS/Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2006 – Trabalhando Juntos pela Saúde. Genebra: OMS; 2006 <http://www.scielo.br> – acesso 10 de dezembro de 2008.

23- Popkin, B.M.; Bisgrove, E.Z. Urbanization and nutrition Low-income countries. Bol. Cirurgia da Obes. 2002, <http://www.scielo.br> – acesso 10 de dezembro de 2008.

24- Segala, A.; Fandinob, J. Ambulatório de Obesidade e Co-Morbidez Psiquiátrica do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

25- World Health Organization [WHO]. Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1997. Disponível no site: <http://www.WHO.org>.- acesso em 10 de novembro de 2008.

Recebido para publicação em 15/2/2008
Aceito em 18/01/2009