

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

DEISE AZEVEDO PEREIRA

**AÇÕES DO ENFERMEIRO EM MÉTODOS ALTERNATIVOS NO
CONTROLE DA OBESIDADE:
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Natal/RN
2010**

DEISE AZEVEDO PEREIRA

**AÇÕES DO ENFERMEIRO EM MÉTODOS ALTERNATIVOS NO CONTROLE DA
OBESIDADE:
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado ao Curso de
Enfermagem da Faculdade
Natalense para o
Desenvolvimento do Rio do
Grande do Norte (FARN) como
requisito para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Everlane Ferreira Moura

**Natal/RN
2010**

DEISE AZEVEDO PEREIRA

Monografia **AÇÕES DO ENFERMEIRO EM MÉTODOS ALTERNATIVOS NO CONTROLE DA OBESIDADE: CIRURGIA BARIÁTRICA** apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

Aprovada em: 12.11.2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Everlane Ferreira Moura (Dra.)

Orientador

FARN-RN

Prof. Mariluce Oliveira de Araújo

FARN-RN

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas em nossas vidas, que pelo simples fato de terem cruzado o nosso caminho, nos proporcionam felicidade. Algumas percorrem ao nosso lado toda a vida. Tê-las presentes é uma dádiva de Deus. A Ele agradeço, primeiramente, pelo dom da vida e por mais esta vitória.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram e fizeram parte desta trajetória, especialmente a minha família que me proporcionou a base sólida para a construção de quem sou hoje.

Aos meus amigos fantásticos, Charles e Cecília, pelo apoio, confiança, compreensão, pelos momentos de alegria e pela amizade. As palavras seriam insuficientes para mostrar o amor que sinto por vocês.

E ao mais que amigo, José Araújo, que me foi tirado de forma tão rápida e inesperada. Não há um momento se quer, que a sua lembrança não se faça presente em minha vida. Deus, o jardineiro, escolhe para si as melhores e mais bonitas flores. Você era uma destas.

Sem vocês, tudo seria muito difícil ou até mesmo impossível. Obrigada!

“Perdi o temor da chuva. E assim ganhei o frescor da água. Perdi o temor do vento. E assim ganhei o seu cantar nos fios. Perdi o temor do silêncio. E assim ganhei momentos de paz. Perdi o temor dos julgamentos dos outros. E assim ganhei caminhos mais abertos de liberdade. Perdi o temor de investir tempo em coisas sem importância. E assim ganhei entardeceres, estrelas, pedaços de luar, águas rebrilhando ao sol... Perdi o temor de doar-me integralmente, temendo sofrimentos e cicatrizes. E assim ganhei a bendita multiplicação do meu tempo. Perdi o temor de me expor. E assim ganhei mais confiança no que sou e no que podem ser as pessoas. Perdi o apego às coisas materiais. E assim ganhei a alegria da simplicidade. Perdi o temor da competição. E assim ganhei o sabor das vitórias e os ensinamentos das derrotas. Perdi o temor de desbravar caminhos conhecidos. E assim ganhei novas visões. E horizontes. E novos amigos. Perdi o temor de dizer minhas verdades frontalmente. E assim ganhei aqueles que a mim eram sinceros e leais. Perdi o medo do dia de amanhã. E assim ganhei o hoje! Perdi a segurança das minhas “verdades únicas”. E assim aprendi a ouvir os outros. Liberei a força dos meus braços para os abraços fraternos e cheios de carinho. E assim senti multiplicando o imenso e doce poder do amor. Perdi o temor da morte. E assim ganhei a vida!”

Agnaldo Guimarães

RESUMO

Atualmente, a obesidade é um problema de saúde pública em todo mundo e por se tratar de uma doença multifatorial, seu tratamento é de difícil escolha e adesão, podendo ou não trazer resultados satisfatórios. A obesidade pode trazer consequências irreversíveis para o seu portador, como distúrbios digestivos, ortopédicos, cardiovasculares, endócrinos, respiratórios e dermatológicos, além dos problemas sociais e psicológicos, causados pela perda da auto-estima e pelo preconceito. Muitos são os tratamentos disponíveis nos dias de hoje, porém o tratamento conservador ou clínico, que inclui a administração dietética, a prática de exercícios físicos, a terapia farmacológica e a mudança comportamental, tem se mostrado pouco efetivo na manutenção do peso perdido, além de ser um processo demorado que pode desestimular o paciente. É nesse contexto, que a cirurgia bariátrica ou cirurgia de redução de estômago, através de diferentes técnicas, incluindo a restritiva, disabsortiva ou mista, surge como uma alternativa eficaz para o tratamento da obesidade e de suas co-morbidades, desde que seja bem indicada, bem executada e cuidadosamente seguida. Caso contrário, as desvantagens, comum em todos os procedimentos cirúrgicos, podem superar os benefícios. A assistência de enfermagem nesse tratamento cirúrgico, durante todas as etapas operatórias, é fundamental para o alcance e manutenção dos objetivos iniciais. O enfermeiro poderá atuar com ações preventivas no combate a obesidade, e nas etapas cirúrgicas, participando da orientação pré-operatória do paciente e da família, elaborando, juntamente com a equipe multidisciplinar, rotinas, além de acompanhar a evolução do paciente após a cirurgia. Todo esse trabalho realizado em equipe permitirá que o paciente esteja preparado para lidar com o novo estilo de vida após a cirurgia, necessário para a obtenção dos resultados positivos. A qualidade de vida que pode estar desequilibrada nas pessoas obesas tende a ser recuperada com o apoio social dos profissionais da saúde, principalmente pelo enfermeiro, que muitas vezes é o único profissional disponível para prestar assistência a estes pacientes. Por isso, este profissional deve reconhecer seu papel e aperfeiçoar seus conhecimentos sobre o tema obesidade.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, assistência de enfermagem e qualidade de vida.

ABSTRACT

Currently, the obesity is a problem of public health in everyone and because it is a multifactorial disease, their treatment is difficult to choose and adherence may or may not bring satisfactory results. Obesity can bring irreversible consequences for the bearer, as digestive disorders, orthopedic, cardiac and vascular, endocrine, respiratory and skin, beyond the social and psychological problems caused by low self-esteem and prejudice. Many treatments are available today, but the conservative treatment or clinical, including dietary administration, the practice of physical exercise, drug therapy and behavioral change, has been proven very effective in weight loss maintenance, besides being a lengthy process that can discourage the patient. In this context, that bariatric surgery or stomach reduction surgery, using different techniques, including restrictive, malabsorptive or mixed, appears to be an effective alternative for the treatment of obesity and its co-morbidities, provided it is properly indicated, well executed and carefully followed. Otherwise, the disadvantages, common to all surgical procedures may outweigh the benefits. Nursing care in surgical treatment, operative during all stages is critical to the achievement and maintenance of its initial goals. The nurse will work with preventive measures to combat obesity, and the surgical steps, taking part of pre-operative patient and family, working out, along with the multidisciplinary team, routines, and monitor the patient after surgery. All this work as a team will allow the patient to be prepared to deal with the new lifestyle after surgery, required to obtain positive results. The quality of life that can be unbalanced in obese people tend to be retrieved with the social support of health professionals, mainly by nurses, which is often the only professional available to assist these patients. Therefore, this professional must recognize its role and enhance their knowledge on the topic of obesity.

Key-words: obesity, bariatric surgery, nursing care and quality of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
3. METODOLOGIA	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 OBESIDADE	12
4.1.1 Causas da obesidade	13
4.1.2 Características bioquímicas e fisiológicas da obesidade	15
4.1.3 Consequências da obesidade	17
4.2 MÉTODOS USADOS NO CONTROLE DA OBESIDADE	20
4.2.1 Administração Dietética	20
4.2.2 Exercício físico	21
4.2.3 Tratamento farmacológico	22
4.2.4 Técnica de modificação comportamental	25
4.3 A CIRURGIA BARIÁTRICA NO CONTROLE DA OBESIDADE	27
4.3.1 Definição	27
4.3.2 Técnicas usadas na cirurgia bariátrica	28
4.3.4 Vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas	30
4.3.5 Ações do enfermeiro na assistência ao paciente obeso e submetido à cirurgia bariátrica	33
5. DISCUSSÕES	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7. REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um problema grave nos países desenvolvidos e está se tornando um problema cada vez maior, nos países emergentes, à medida que a renda *per capita* aumenta (GIBNEY; VORSTER; KOK, 2005). Segundo Fandiño *et al.* (2004), pesquisas realizadas em vários países revelam que, dos gastos com tratamentos de saúde, 2% a 8% são destinados à pacientes obesos, por isso, a obesidade vem sendo considerada um sério e crescente problema de saúde pública.

Obesidade é uma doença crônica multifatorial que prejudica a saúde e põe em risco a vida do indivíduo. Pode promover o aparecimento de distúrbios digestivos, ortopédicos, cardiovasculares, endócrinos, respiratórios e dermatológicos, além dos problemas sociais e psicológicos, causados pela perda da auto-estima e pelo preconceito. O obeso mórbido apresenta o risco de morrer dez vezes maior do que uma pessoa com peso normal, e a expectativa de vida é reduzida em 20% a menos do que teria com uma massa corpórea menor (GONÇALVES, 2004).

Pesquisas realizadas entre 2002-2003, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, já mostravam que o equivalente a 40,6% da população brasileira adulta (cerca de 38,6 milhões de pessoas com 20 anos ou mais) estava com o peso acima do recomendado (BRASIL, 2004). Essas pesquisas também revelaram que o excesso de peso não é mais exclusividade das pessoas com renda mais alta e que há mais gordos do que magros na população de baixa renda. Recentemente, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, realizada pelo IBGE mostra que quase metade da população brasileira, equivalente a 49%, com 20 anos ou mais está com excesso de peso (BRASIL, 2010). Estima-se que no Brasil, 26,5% das mulheres e 22% dos homens apresentam excesso de peso (PORTO *et al.*, 2002 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

Atualmente, é recomendado que a redução de peso seja alcançada através do tratamento clínico, que inclui a administração dietética, a prática de exercício físico, a terapia farmacológica e a mudança comportamental, porém é comum o insucesso com a utilização destes recursos, pela demora no alcance dos objetivos e a falta de motivação por parte dos pacientes. A cirurgia bariátrica tem-se

apresentado como principal método de tratamento da obesidade, aliado ao tratamento clínico. É realizada quando o paciente não responde a outras abordagens terapêuticas como a nutricional, o uso de medicamentos antiobesidade e a prática de exercícios físicos, passando a ser a única intervenção eficaz, em longo prazo, no tratamento da obesidade. Atualmente, são utilizadas diversas técnicas cirúrgicas que podem seguir o princípio da restrição, disabsorção ou os dois ao mesmo tempo, sendo conhecida como técnica mista (TANAKA, 2006).

Levando em consideração, que a obesidade é uma preocupação relevante para a saúde pública, foi aprovada a Portaria n. 628/GM de 26 de abril de 2001, que garante a Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), em 2008 foram realizadas mais de 3195 cirurgias no SUS com o custo de R\$ 15,736 milhões aos cofres públicos. Atualmente, são 58 unidades habilitadas a realizarem a operação espalhadas pelo Brasil. Hoje em dia, estima-se que no Brasil sejam feitas por ano 25 mil cirurgias, incluindo a rede pública e privada. Por se tratar de um procedimento cirúrgico, a avaliação e orientação acerca de todas as etapas pré e pós-cirúrgicas são fundamentais, pois se as condutas traçadas inicialmente não forem seguidas, dificilmente os objetivos propostos serão alcançados.

O trabalho em equipe multiprofissional permite apoio constante para a recuperação da saúde, da auto-estima e da imagem social (ALMEIDA; COSTA, 2009). A assistência de enfermagem se dá através de ações preventivas e paliativas para o controle e tratamento da obesidade, bem como na elaboração de rotinas e acompanhamento do paciente nas etapas cirúrgicas, através da consulta e visita pré-operatória, onde serão fornecidas todas as orientações acerca da cirurgia; durante o procedimento e no pós-operatório, auxiliando a aderência ao tratamento, já que se trata de uma doença crônica em que o seguimento das rotinas é bastante difícil. Quando a assistência de enfermagem está voltada para o acompanhamento do paciente obeso, as chances de sucesso do tratamento, principalmente o cirúrgico, são maiores, já que um paciente seguro e bem informado conhecerá as etapas desgastantes as quais será submetido, aumentando as possibilidades de adesão ao tratamento escolhido, seja ele cirúrgico ou não.

Deve-se sempre orientar o paciente que a obesidade não pode ser tratada sem o acompanhamento de mudanças no estilo de vida que sejam realmente incorporadas a rotina diária, mesmo com a realização da cirurgia. A forma mais

segura de evitar a obesidade e todos os incômodos trazidos por ela é centralizar no controle dos fatores de risco no nível individual, familiar e comunitário, pois as causas da doença têm suas conexões na base social e cultural da sociedade, além de adotar e permitir o acesso da população às políticas alimentares e nutricionais orientadas para a saúde, levando-se em conta a qualidade de vida.

O presente trabalho faz uma avaliação da assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica mostrando a importância e a participação do enfermeiro em equipes multidisciplinares no controle da obesidade, apresentando os cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica e relacionando a assistência de enfermagem com a qualidade de vida desses pacientes cirurgiados, mostrando o quanto é fundamental o papel do enfermeiro no controle dessa doença.

Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada através de revisão bibliográfica acerca da assistência de enfermagem e de sua influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, utilizando livros, revistas e artigos relacionados com o tema.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

1. Avaliar a assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mostrar a participação do enfermeiro no controle da obesidade.
2. Apresentar os cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia Bariátrica.
3. Relacionar a assistência de enfermagem com a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.
4. Incentivar a participação do enfermeiro no controle da obesidade.

3. METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa bibliográfica, foi feito o levantamento de materiais gráficos e informatizados relevantes ao tema em bibliotecas de faculdades particulares da cidade de Natal e revisão das publicações na área de saúde através da Biblioteca Virtual Bireme, tendo sido consultadas as bases de dados Medline, Adolec e Scielo. A partir deste levantamento, foram utilizados livros, artigos científicos, revistas e jornais.

A pesquisa descritiva qualitativa apresentou uma revisão bibliográfica acerca da assistência de enfermagem e de sua influência sobre a qualidade de vida dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica para posteriores conclusões.

Segundo Barros; Lehfeld (2000), a pesquisa descritiva se caracteriza pela ausência de interferência do pesquisador sobre o tema abordado, ou seja, o pesquisador descreve o objeto da pesquisa podendo utilizar a pesquisa bibliográfica ou a pesquisa de campo.

Um dos objetivos da pesquisa bibliográfica é a aquisição de conhecimentos através da revisão, reanálise, interpretação, críticas ou até mesmo da criação de novas formas de compreensão sobre o tema (BARROS; LEHFELD, 2000).

A revisão bibliográfica mostra a evolução de conhecimentos sobre um tema específico, aponta as falhas e os acertos dos diversos trabalhos na área fazendo críticas e elogios e resume o que é, realmente, importante sobre o tema (VIEIRA; HOSSNE, 2001, p. 136).

Todas as buscas foram realizadas no período de dezembro de 2008 a outubro de 2010. A seleção dos materiais foi feita em conformidade com o assunto proposto e com o seu período de publicação, que nesta pesquisa foi de 1999 a 2010.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 OBESIDADE

A obesidade é definida como excesso de tecido adiposo que pode ocasionar danos ao organismo (INSTITUTO DE MEDICINA FLUMIGNANO, 2005).

A obesidade mórbida é uma doença crônica, multifatorial e geneticamente relacionada a um acúmulo excessivo de gordura corporal. Está intimamente ligada a comorbidades médicas, psicológicas, sociais, físicas e econômicas (FERRAZ et al., 2003, p. 98).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), é considerado obeso o indivíduo que apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30 Kg/m^2 . “A obesidade é uma doença multifatorial influenciada por fatores tanto genéticos quanto ambientais” (GIBNEY et al., 2007, p. 29).

A etiologia da obesidade não é de fácil identificação, uma vez que a mesma é caracterizada como uma doença multifatorial, ou seja, é resultado de uma complexa interação entre fatores comportamentais, culturais, genéticos, fisiológicos e psicológicos (ROMERO; ZANESCO, 2006, p. 86).

Fatores ambientais como sedentarismo e dieta inadequada influenciam no seu surgimento (INSTITUTO FLUMIGNANO, 2005). Segundo Gibney et al. (2007), várias causas diferentes de natureza fisiológica, sociológica, comportamental, farmacológica ou patológica, abrangendo um amplo espectro de condições humanas, podem ter impacto sobre os complexos mecanismos envolvidos na homeostase da energia.

Devido a essa etiologia multifatorial, pode ser classificada em dois grandes contextos: exógena – influenciada por fatores externos de origens comportamental, dietética e/ou ambiental, os quais representam em torno de 95% ou mais dos casos; endógena – relacionada a componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, os quais representam, aproximadamente, 5% dos casos (DÂMASO, 2003 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 20).

4.1.1 Causas da obesidade

Para considerar os fatores causais da obesidade, pode-se utilizar a tríade epidemiológica do agente, hospedeiro e ambiente. O agente é o desequilíbrio energético, em que o ganho ultrapassaria o gasto de energia. O hospedeiro pode ser ou não mais susceptível a obesidade dependendo de suas características genéticas que influenciam no apetite, na escolha dos alimentos, no metabolismo e na forma com que o corpo controla o equilíbrio energético. Por sua vez, o ambiente estabelece a junção entre agente e hospedeiro, incluindo o estilo de vida, valores sociais e culturais (GIBNEY et al., 2007).

A regulação do balanço energético é um processo extremamente complexo, no qual estão envolvidas múltiplas vias homeostáticas e de comportamento que interagem, visando à manutenção de reservas de energia constantes (GIBNEY et al., 2007, p. 30).

O controle do peso corporal é obtido por meio de interações altamente integradas entre a seleção de nutrientes, influências organolépticas e respostas endócrinas à dieta, ou seja, fatores que têm origem em órgãos distintos (GIBNEY et al., 2007). Após a ingestão de alimento, ocorrem os sinais de saciedade pré e pós-absortivos, que cessam a ingestão e aumentam a termogênese para a regulação da ingestão alimentar (SHILS et al., 2003). O desvio prolongado do balanço energético causa alterações nas reservas de energia corporal podendo levar ao acúmulo excessivo de gordura (GIBNEY et al., 2007). Atualmente sabe-se que a obesidade também é geneticamente determinada.

[...] a obesidade é uma doença oligênica, cuja expressão pode ser modulada por numerosos genes modificadores poligênicos que interagem entre si e com os fatores ambientais, como escolha dos alimentos, atividade física e tabagismo (GIBNEY et al., 2007, p. 33).

A partir das pesquisas realizadas nos últimos anos com espécies animais, tornou-se mais forte a evidência de que a obesidade humana é em grande parte geneticamente determinada (SHILS et al., 2003).

Além disso, transtornos endócrinos como lesões do hipotálamo, deficiência de hormônio do crescimento, hipogonadismo e mutações no hormônio leptina, uma das

substâncias liberadas pelos adipócitos que desempenha importante papel no controle da ingestão alimentar e no controle do peso corporal em mamíferos são causas primárias da obesidade (MOTA; ZANESCO, 2007). “Embora a obesidade seja popularmente atribuída a distúrbios glandulares, endocrinopatia é na realidade uma causa rara de obesidade” (SHILS et al., 2003, p.1504).

Segundo Gibney et al. (2007), o desenvolvimento e o uso de novas formas de tecnologia que afetam todos os aspectos da vida produziram uma sociedade industrializada em que o menor gasto de energia, através da automatização, falta de exercício físico e hábitos não saudáveis, determina uma reserva maior de energia. Mesmo que os efeitos genéticos sejam evidentes, eles sofrem alterações devido aos fatores externos, como o ambiente e o comportamento do indivíduo (SHILS et al., 2003).

É importante considerar o fato de que o ambiente abrange não apenas o ambiente físico, como o planejamento das cidades, mas também o ambiente da organização econômica e social e os valores culturais (GIBNEY et al., 2007, p.39).

A obesidade é um fenômeno que envolve a dimensão biológica e social, ou seja, possui uma complexa interação entre sua fisiopatologia e o mundo social (GIBNEY et al., 2007).

O modelo psicossomático de obesidade propõe que certas características ou tipos de personalidade, acompanhados de níveis de transtornos emocional maiores do que o normal e baixa auto-estima estão associados ao desenvolvimento da obesidade (GIBNEY et al., 2007, p. 40).

Da mesma forma, a personalidade pode influenciar significativamente no tratamento. A obesidade deve ser vista como uma problemática mais ampla e não apenas como consequência do sedentarismo e/ou aumento do aporte de energia.

4.1.2 Características bioquímicas e fisiológicas da obesidade

A obesidade é um distúrbio do metabolismo energético, onde ocorre um armazenamento excessivo de energia, sob a forma de triacilglicerol, no tecido adiposo.

Durante muitos anos o tecido adiposo foi considerado o mais importante órgão de armazenamento de energia do organismo humano. O excesso de energia consumido é convertido em moléculas de triacilgliceróis, sob ação do hormônio insulina, enquanto que na situação de restrição energética, os estoques de energia são rapidamente mobilizados, sob a influência das catecolaminas e outros hormônios lipolíticos (HAVEL; HAUNER, 2004 apud GUIMARÃES et al., 2007, p. 550).

As reservas de energia no organismo são controladas pela ingestão e pelo gasto energético. Quando há equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, o peso corporal é mantido. Um pequeno balanço nessas reservas acarreta alto ou baixo incremento de peso, mas o desequilíbrio crônico entre uma alta ingestão e o pouco gasto, levará à obesidade ao longo do tempo (SHILS et al., 2003). No obeso poderão estar alteradas a dosagem de colesterol total e suas frações, triacilglicerol, glicose de jejum e a dosagem de insulina basal, além do aumento do nível do hormônio leptina e diminuição do hormônio grelina (LE MOS et al., 2007).

“O colesterol é sintetizado por praticamente todos os tecidos em seres humanos, embora o fígado, intestino, córtex adrenal e tecidos reprodutivos façam as maiores contribuições ao colesterol corporal” (CHAMPE; HARVEY, 2002, p. 211). O colesterol é transportado pelas lipoproteínas, sendo originado dos alimentos ou da síntese endógena (CHAMPE; HARVEY, 2002).

Os lipídios ingeridos chegam a circulação sanguínea na forma de quilomícrons. Estes são sintetizados pelo intestino. Nos tecidos, os triglicérides componentes dos quilomícrons são hidrolisados pela enzima lipase lipoprotéica, liberando ácidos graxos e glicerol (CHAMPE; HARVEY, 2002).

“Os remanescentes dos quilomícrons, então enriquecidos em colesterol, são retirados da circulação pelo fígado” (MARZZOCO; TORRES, 1999, p. 291). Na situação pós-prandial, o fígado sintetiza triacilgliceróis e colesterol, que se somam àqueles provenientes dos quilomícrons. Os triacilgliceróis e o colesterol que

excedem as necessidades dos próprios hepatócitos são utilizados para a síntese das lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL), que são então exportadas (CHAMPE; HARVEY, 2002).

À medida que estas lipoproteínas circulam pelos capilares que irrigam os tecidos extra-hepáticos, os triacilgliceróis delas componentes são hidrolisados pela lipase lipoprotéica, resultando nas lipoproteínas de média densidade (IDL), enriquecidas em colesterol. Uma fração das IDL retorna ao fígado e o restante, após outro ciclo de remoção de triacilgliceróis pelos tecidos periféricos, origina as lipoproteínas de baixa densidade (LDL), as lipoproteínas plasmáticas que apresentam maior teor de colesterol (MARZZOCO; TORRES, 1999, p. 292).

As lipoproteínas de alta densidade (HDL) atuam no sentido inverso ao das LDL, ou seja, efetuam a remoção de colesterol dos tecidos, através do transporte até o fígado, único órgão capaz de eliminar o colesterol ou transformá-lo em sais biliares (CHAMPE; HARVEY, 2002). Na obesidade o nível de colesterol e triacilgliceróis sanguíneos podem estar alterados com a fração HDL diminuída pela relação LDL:HDL elevada. Pacientes obesos que geralmente apresentam resistência insulínica tendem a ter pequenas partículas densas de LDL, as quais são mais aterogênicas, ou seja, capazes de aumentar o risco de doença arterial coronariana (SHILS et al., 2003).

A hipertrigliceridemia pode ser relacionada à resistência insulínica e conseqüente hiperinsulinemia da obesidade, que aumenta a síntese e secreção hepática de triacilgliceróis. Além disso, como as concentrações de ácidos graxos livres (AGL) estão elevadas na obesidade, a captação hepática aumentada de AGL pode aumentar a taxa de secreção de triacilgliceróis (SHILS et al., 2003, p. 1500).

O aumento na síntese de triacilgliceróis também pode vir do aumento do consumo de carboidratos que disponibiliza precursores para a formação de lipídios (SHILS et al., 2003). O aumento do transporte de glicose para dentro da célula através da insulina, aumenta a disponibilidade de glicerol fosfato, permitindo a síntese de triacilgliceróis no fígado. Além disso, esses níveis elevados de glicose e insulina inativam a enzima lipase hormônio sensível impedindo a lipólise (quebra de lipídios) nos adipócitos (CHAMPE; HARVEY, 2002). Nos adipócitos, a insulina também reduz a lipólise através da inibição da enzima lipase hormônio sensível (ANTHONSEN et al., 1998 apud CARVALHEIRA; ZECCHIM; SAAD, 2002). No fígado, o metabolismo glicolítico da glicose é significativo somente durante o período

absortivo, após uma refeição rica em carboidratos. Champe; Harvey (2002) propõem que o acetil-CoA, assim como o NADPH, derivados do metabolismo da glicose, favorecem a lipogênese (formação de lipídios), já que atuam como substratos para síntese de ácidos graxos.

Atualmente, sabe-se que o adipócito não é apenas uma célula armazenadora de energia, mas sim capaz de sintetizar e liberar diversas substâncias, como a leptina responsável por diminuir o apetite, pois atua na liberação de neuropeptídeos anorexígenos e inibe a liberação de neuropeptídeos orexígenos (MOTA; ZANESCO, 2007). Dessa forma, alto nível de leptina, que também é produzida no estômago, placenta e glândula mamária, diminui a ingestão alimentar, assim como seu baixo nível produz a hiperfagia (ROMERO; ZANESCO, 2006). Porém, a maioria dos indivíduos obesos apresenta resistência à leptina, o que significa que mesmo sendo encontrado alto nível de leptina plasmática no organismo, essas pessoas não conseguem obter os efeitos desejados desse hormônio. Em contrapartida, encontramos em sujeitos obesos nível baixo do hormônio grelina, sintetizado pelo estômago, hipotálamo, duodeno, coração, rins e pulmões, e responsável por estimular o apetite (MOTA; ZANESCO, 2007). Segundo o endocrinologista Bruno Geloneze, esse processo ocorre porque o obeso demonstra ser mais sensível à ação da grelina e tem um mecanismo que reduz sua produção a partir do ganho de peso (GARDENAL, 2002).

4.1.3 Conseqüências da obesidade

O excesso de gordura é um dos maiores problemas de saúde em muitos países, principalmente os industrializados (GIBNEY; VORSTER; KOK, 2005). A obesidade é um problema de abrangência mundial pela Organização Mundial da Saúde pelo fato de atingir um elevado número de pessoas e predispor o organismo a vários tipos de doenças e a morte prematura. Os indicadores de qualidade de vida colocam as pessoas obesas em desvantagens (NAHÁS, 2001 apud SALVE, 2006). O excesso de gordura corporal está relacionado ao aparecimento de inúmeras

disfunções metabólicas e funcionais, tornando-o um problema atual de saúde pública.

A obesidade mórbida está diretamente relacionada com a mortalidade e muitas doenças crônicas tais como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças coronarianas, doenças articulares, apnéia do sono, hérnias, insuficiência respiratória e cardíaca e alguns tipos de câncer. (ALMEIDA; BRESSAN; MAGALHÃES, 2008, p. 185).

Além disso, a obesidade causa alterações sócio-econômicas e psicossociais, como: discriminação social, educativa e laboral; isolamento social; depressão e perda da auto-estima (SILVA; COSTA; RIBEIRO, 2008).

A obesidade é atualmente um problema de saúde pública que provoca sérias consequências sociais, físicas e psicológicas. As consequências físicas estão diretamente associadas a maiores riscos de morbidade e mortalidade, bem como doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias (BOUCHARD; DESPRÉS, 1989 apud MOTA; ZANESCO, 2007; p. 26).

“Em virtude das crescentes taxas de prevalência, a obesidade deverá constituir a principal causa de morte e incapacidade deste século no mundo inteiro” (GIBNEY et al., 2007, p. 45). Segundo Shils et al. (2003), o sobrepeso está associado com o excesso de mortalidade.

A obesidade é acompanhada de importantes alterações fisiopatológicas, em consequência dos efeitos metabólicos e/ou mecânicos associados ao sobrepeso corporal, como diabetes melito tipo 2, dislipidemia, doença cardiovascular, hipertensão, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, infertilidade, dificuldades respiratórias, apnéia do sono, certas formas de câncer, osteoartrite, problemas psicossociais etc., que levam a uma redução da qualidade e expectativa de vida e a um aumento da mortalidade (GIBNEY et al., 2007, p. 44).

Há uma forte ligação entre a obesidade e diabetes mellitus. A obesidade causa resistência à insulina, iniciando com um quadro de hiperinsulinemia que ocasiona diminuição dos receptores de insulina, e conseqüente aumento da glicemia, além de alterações na concentração de sódio levando a hipertensão arterial, já que volume intravascular aumentará pelo processo osmótico. O aumento da pressão arterial é comum na obesidade. A distribuição da gordura pode influenciar no aparecimento de hipertensão, onde a gordura central ou superior no corpo tem a maior tendência em causar este problema (SHILS et al., 2003).

Sobrepeso e obesidade determinam risco maior de adquirir diferentes enfermidades e alterações metabólicas. Diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial, osteoartrose de joelhos, dores lombares, doença do refluxo gastresofágico, gota e apnéia do sono são freqüentemente associados à obesidade (WANNMACHER, 2004, p. 2).

Quanto maior for a distribuição de gordura pelo organismo, maior será o trabalho muscular necessário para a ventilação. Surgem dessa forma os problemas respiratórios. Se o movimento da parede torácica for suficientemente limitado ocorre retenção de gás carbônico, o que pode levar a letargia e sonolência, além de períodos de apnéia geralmente durante o sono (SHILS et al., 2003).

Com o aumento do peso, a vesícula biliar também é afetada, já que está diretamente ligada ao colesterol. “Há uma supersaturação do colesterol na bile e excreção biliar aumentada de colesterol” (SHIL et al., 2003, p. 1502). Ocorre hipomotilidade da vesícula, aumentando a formação de cálculos de colesterol (SHILS et al., 2003).

O excesso de peso aumenta a pressão sobre as estruturas de sustentação do corpo, favorecendo ao aparecimento de doenças esqueléticas e articulares. A obesidade também pode estar relacionada com o aparecimento de cânceres, pois está associada a anormalidades endócrinas, e a conversão aumentada de estrona em androstenodiona no tecido adiposo (SHILS et al., 2003).

A infertilidade também pode ser vista como consequência da obesidade, tanto em homens pelo hiogonadismo hipogonadotrófico pela conversão aumentada de testosterona para estrógeno pelo tecido adiposo, quanto em mulheres pela conversão excessiva de estradiol em estrona e presença da síndrome de ovários policísticos (GELONEZE; PAREJA, 2006).

4.2 MÉTODOS USADOS NO CONTROLE DA OBESIDADE

4.2.1 Administração Dietética

Uma das alternativas para a redução do excesso de peso é dificultar a absorção intestinal de calorias ingeridas, podendo ser utilizado neste caso as fibras, embora não se tenha evidências conclusivas de que elas atuem significativamente sobre a absorção intestinal, e os substitutos não digeríveis da gordura (SHILS et al., 2003). As fibras não são digeridas no aparelho digestório humano, contribuindo com a diminuição do nível de colesterol e estabilização da glicemia, além de melhorarem a mastigação e o peristaltismo intestinal. “Outra maneira utilizada são as dietas de baixas calorias não balanceadas que têm um acentuado desequilíbrio de macronutrientes que também pode causar um desequilíbrio de micronutrientes” (SHILS et al., 2003, p. 1509). Segundo Shils et al. (2003), elas não dão ênfase a todos os grupos de alimentos, priorizando grupos particulares de alimentos (carboidrato, proteína e gordura). Essas dietas se tornam atrativas em um primeiro momento pela facilidade de serem seguidas e por reduzirem o peso rapidamente, porém podem ocasionar efeitos colaterais graves aos pacientes. Entre estes efeitos pode-se citar problemas cardíacos potenciais, renais, musculares esqueléticos, ósseos e hepáticos (GIBNEY et al., 2007).

Ao omitir certos alimentos e, algumas vezes, grupos inteiros de alimentos, as dietas tornam-se deficientes em fibras e carboidratos, bem como algumas vitaminas, minerais e substâncias fitoquímicas protetoras, com efeitos prejudiciais em relação ao desenvolvimento de câncer e osteoporose (GIBNEY et al., 2007, p. 48).

O recomendado são dietas hipocalóricas balanceadas, mas como os indivíduos obesos necessitam estar sob uma dieta durante um longo tempo, a dieta precisa ser aceitável (SHILS et al., 2003).

Uma dieta equilibrada quanto à micronutrientes e vitaminas deve conter itens alimentares dos seguintes alimentos: carne, peixe, ave e substitutos da carne; leite e laticínios; cereais e produtos de cereais; e vegetais e frutas (SHILS et al., 2003, p. 1510).

4.2.2 Exercício físico

É uma alternativa adjunta bastante significativa e eficaz no tratamento da obesidade. Partindo do princípio de que uma das causas da obesidade é o desequilíbrio entre a ingesta e o gasto de energia, se há o aumento desse gasto através do exercício e manutenção de uma ingesta balanceada, o peso diminuirá (SHILS et al., 2003).

[...] a atividade física é o fator chave na determinação da quantidade de energia gasta diariamente, e que é fundamental para o equilíbrio das energias e para o controle do peso. Para manter um peso saudável, é necessária uma hora diária de atividade física moderadamente intensificada, como caminhadas, durante toda a semana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Na adesão do exercício físico alguns pontos precisam ser enfatizados, como a necessidade de esforço físico capaz de despender um número significativo de calorias; a inexistência de efeitos sustentados do exercício sobre a taxa metabólica em repouso em programas de controle de peso e a não documentação de que o exercício esteja relacionado com a diminuição da ingestão alimentar (SHILS et al., 2003).

Com efeito, menos de um terço da população geral segue as recomendações de dedicar pelo menos 30 minutos a uma atividade física moderada, cinco vezes por semana, enquanto 40% dos adultos não se dedicam a nenhuma atividade física durante as horas de lazer (GIBNEY et al., 2007, p. 50).

Para a obtenção de êxito no tratamento é necessário que a atividade física venha acompanhada de uma dieta e mudanças no estilo de vida.

Os indivíduos obesos apresentam grande dificuldade de manutenção de peso reduzido. De fato, a tendência de uma pessoa de voltar a certo peso sugere que há um ponto de ajuste biológico do peso corporal muito parecido com os pontos de ajuste de qualquer sistema biológico de *feedback* negativo. Apesar de o hipotálamo conter centros associados à saciedade e ao comportamento alimentar, devemos nos lembrar de que o ponto de ajuste do peso corporal é um conceito e não uma realidade (POWERS; HOWLEY, 2005, p. 372-373).

Segundo Shils et al. (2003), o exercício físico é mais eficiente para a manutenção do que para a perda de peso. Por isso, é importante sua associação com outros métodos de controle da obesidade.

Embora o exercício não sustente magicamente uma taxa metabólica aumentada ou iniba a ingestão alimentar, toda caloria gasta pode ajudar na batalha para usar significativamente mais calorias do que são ingeridas. Além disso, o exercício ajuda a manter a perda de peso enquanto permite dietas menos rigorosas – um regime mais aceitável para muitos pacientes (SHILS et al., 2003, p. 1511).

4.2.3 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico só se justifica em conjunção com orientação dietética e mudanças de estilo de vida. Ele somente ajuda a aumentar a aderência dos pacientes às mudanças nutricionais e comportamentais. Se o tratamento farmacológico for interrompido, ocorre o reganho de peso, já que este tipo de tratamento não cura a obesidade (MANCINI; HALPERN, 2002). O tratamento deve ser mantido apenas quando considerado seguro e efetivo para o paciente.

Os medicamentos anti-obesidade devem ser utilizados sob supervisão médica contínua. O tratamento e a escolha medicamentosa são moldados para cada paciente, pois os riscos associados ao uso de uma droga devem ser avaliados em relação aos riscos da persistência da obesidade (MANCINI; HALPERN, 2002, p. 498).

O uso isolado de medicamentos não é eficaz para a manutenção da perda de peso, pois após um a três anos da cessação do remédio o ganho de peso pode ocorrer (BRASIL, 2004).

Medicamentos nunca devem ser usados isoladamente, mas sim como coadjuvantes de programa de restrição dietética e acentuação de atividade física, em indivíduos com IMC igual ou superior a 30 kg/m², nos quais as medidas não medicamentosas, realizadas adequadamente por pelo menos três meses, não lograram trazer o peso aos níveis desejados (BRASIL, 2004, p. 3).

O paciente deve ter em mente, a necessidade da busca por um profissional para a realização do tratamento corretamente. Jamais deve seguir uma

farmacoterapia, levando em consideração a orientação de alguém pertencente ao seu convívio que já tenha utilizado certo fármaco.

O tratamento farmacológico da obesidade está indicado quando o paciente adulto tem um IMC maior que 30 ou quando o indivíduo tem doenças associadas ao excesso de peso com IMC superior a 25 em situações nas quais o tratamento com dieta, exercício ou aumento de atividade física e modificações comportamentais provou ser infrutífero (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998 apud MANCINI; HALPERN, 2002, p. 498).

A maior parte das drogas deve ser utilizada por um período pequeno de tempo, apenas para que o indivíduo possa se adaptar melhor ao início do tratamento. Mas à medida que novos hábitos saudáveis são incorporados, o tratamento farmacológico deve ir sendo retirado gradativamente (POWERS; HOWLEY, 2005).

Um medicamento útil para tratamento da obesidade deve possuir algumas características como demonstrar efeito em reduzir o peso corporal e levar a melhora das doenças dependentes do excesso de peso; ter efeitos colaterais toleráveis e/ou transitórios; apresentar eficácia e segurança mantidas a longo prazo; possuir mecanismo de ação conhecido e idealmente ter um custo razoável (GUY-GRAND, 1989 apud MANCINI; HALPERN, 2002, p. 498).

O efeito terapêutico do fármaco se dará quando as concentrações sanguíneas estiverem adequadas. É importante que a posologia seja apropriada para cada paciente (SHILS et al., 2003).

É possível classificar os tratamentos farmacológicos da obesidade existentes e promissores de acordo com o conhecimento atual de controle e regulação da adiposidade corporal. Um primeiro mecanismo envolve substâncias que reduzem a ingestão energética. Uma segunda estratégia seria desviar o metabolismo normal de substâncias ou macronutrientes. Uma terceira opção é aumentar o gasto energético utilizando, desta forma, mais calorias (MANCINI; HALPERN, 2002, p. 498).

Atualmente, o cloridrato de sibutramina (Meridia) e orlistat (Xenical) foram aprovados para serem usados no controle da obesidade (SMELTZER; BARE, 2005).

Atualmente, os critérios mais usados para avaliação da eficácia de tratamentos anti-obesidade são os do *FDA* (*Food and Drug Administration*, Administração de Alimentos e Drogas, dos EUA) e do *CPMP* (*Committee of the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products*, Comitê da Agência Européia para Avaliação de Produtos Medicinais). O *FDA* cita como critério uma perda de peso maior que 5% em relação ao placebo e que seja estatisticamente significativa, enquanto que o *CPMP* sugere uma perda maior que 10% em relação ao placebo (MANCINI; HALPERN, 2002, p. 493).

A sibutramina diminui o apetite ao inibir a recaptação da serotonina e norepinefrina (SMELTZER; BARE, 2005). Uns dos efeitos colaterais dessa droga consistem em taquicardia e hipertensão arterial, de modo que os pacientes necessitam ser monitorizados constantemente (SHILS et al., 2003). A sibutramina, inibidor da recaptação de serotonina e norepinefrina, estaria indicada para obesos que não conseguem controlar sua vontade de comer, associada a outras intervenções, como dieta e exercício físico (BRASIL, 2004).

Ao se ligar as enzimas lípase gástrica e pancreática, o orlistat evita a digestão dos lipídios, reduzindo a ingesta calórica (SMELTZER; BARE, 2005). A concentração plasmática de algumas vitaminas lipossolúveis deve ser observada após a administração desse fármaco, pois pode diminuir.

Todos os medicamentos anorexiantes de ação central, exceto o mazindol, são derivados da β -fenetilamina. O esqueleto β -fenetilamínico é também a estrutura dos neurotransmissores dopamina, norepinefrina e epinefrina (monoaminas). Todos os derivados β -fenetilamínicos demonstraram uma ação redutora da ingestão de alimento em estudos em animais, sendo esta ação o mecanismo primário de indução de perda de peso (MANCINI; HALPERN, 2002, p. 493).

Eles causam não apenas anorexia, mas outros efeitos como: estimulação central, excitação cardiovascular, estimulação central e um efeito seletivo sobre certos neurotransmissores neurais (SHILS et al., 2003). O padrão de ingestão alimentar difere entre medicamentos ou substâncias com mecanismos de ação primariamente noradrenérgicos e serotoninérgicos. Como a obesidade é uma doença multifatorial, os medicamentos disponíveis no mercado diferem bastante um dos outros. Por isso não é obrigatório necessariamente que a farmacoterapia usada na obesidade seja ineficaz por completo em todos os pacientes. Estar contraindicado a associações de dois ou mais fármacos usados no controle da obesidade (BRASIL, 2004).

Mesmo que as drogas possam auxiliar na perda e manutenção de peso por algum período de tempo, elas são sempre utilizadas quando outros métodos de controle da obesidade se mostram ineficaz e nunca como primeira escolha (SHILS et al., 2003).

4.2.4 Técnica de modificação comportamental

Para que a modificação comportamental aconteça é preciso inicialmente conhecer o cotidiano do paciente, incluindo seus hábitos alimentares e indivíduos envolvidos em suas atividades diárias.

Os programas de modificação do comportamento originaram-se da hipótese de que os obesos comem excessivamente porque eles são presos ao estímulo e indicações externas relevantes a alimentos controlam o comer, em vez de quaisquer estados neuróticos psicogênicos (SHILS et al., 2003, p. 1512).

São feitos espécies de diários, em que o paciente registra todas as suas atividades relacionadas com a ingestão alimentar, anotando quando e o que foi comido, onde, com quem, de que modo, bem como seus sentimentos e fome (SHILS et al., 2003).

O automonitoramento é realizado pelo próprio paciente por meio de registros escritos sobre sua ingestão alimentar diária, dos episódios de compulsão e os eventos desencadeantes, úteis no sentido de auxiliar na elaboração do planejamento e ajustes terapêuticos. Combinado com técnicas cognitivas, o automonitoramento pode ser útil para registrar pensamentos equivocados a respeito do comer, do peso e do aspecto corporal (HERSCOVICI, 1997 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005, p. 3).

O paciente será capacitado a identificar e controlar os impulsos e os motivos que o levam a ingestão inadequada de alimentos.

Terapeuta e paciente devem identificar problemas relacionados ao excesso de peso; buscar possíveis soluções e estratégias; aplicar e testar a eficácia das estratégias no dia-a-dia do paciente; rediscuti-las no encontro terapêutico e selecionar aquelas que propiciam a modificação de comportamento. O objetivo desta estratégia é implementar novos padrões de comportamento que auxiliam o paciente na perda e manutenção de peso. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005, p. 5).

É importante que todos os participantes do convívio social do obeso participem neste processo de adaptação ao novo estilo de vida. Mahoney (1978 apud SHILS et al., 2003, p. 1513), delineou os pressupostos do movimento de modificação comportamental:

1. A obesidade é um distúrbio do aprendizado criado por princípios de condicionamento e suscetível a eles
2. A obesidade é um distúrbio simples que resulta da ingestão de calorias em excesso
3. O indivíduo obeso é um comedor excessivo
4. As pessoas obesas são mais sensíveis a estímulos alimentares que os indivíduos não obesos
5. Há diferenças importantes no “estilo de comer” das pessoas obesas e não obesas
6. Treinar uma pessoa obesa para comportar-se como uma não obesa resultará em perda de peso

Assim como outros tratamentos para controle da obesidade, os programas de modificação comportamental não necessariamente serão eficazes. É importante que desde o início sejam traçados objetivos que o paciente possa alcançar. Ainda não foi possível identificar as características que determinam o sucesso deste tipo de tratamento (SHILS et al., 2003).

A variedade de métodos – cirúrgicos, mecânicos, comportamentais e farmacológicos – que os terapeutas e cirurgiões desenvolveram para o tratamento da obesidade confirma a tenacidade do problema. A dificuldade básica, além daquela de se ter um metabolismo eficiente, é que comer é um ato prazeroso e os sinais de saciedade podem ser facilmente ignorados ou controlados (CARLSON, 2001, p. 419).

“A terapia comportamental pode ser um fator coadjuvante na abordagem não medicamentosa, uma vez que ajuda o indivíduo obeso a identificar e modificar seus hábitos alimentares e de atividade física” (BRASIL, 2008, p. 2).

4.3 A CIRURGIA BARIÁTRICA NO CONTROLE DA OBESIDADE

4.3.1 Definição

A cirurgia bariátrica é indicada para pacientes que apresentam IMC acima de 40 Kg/m² e para os que apresentam IMC igual a 35 Kg/m² com co-morbidades associadas, ou seja, estado patológico causado, agravado ou cujo tratamento/controle é dificultado pela presença do excesso de peso (GONÇALVES, 2004). Tem sido o principal método para o tratamento da obesidade aliado à reeducação alimentar e a atividade física, após o insucesso de outros métodos alternativos para a redução de peso (ALMEIDA; COSTA, 2009).

O procedimento cirúrgico bariátrico é considerado um método efetivo de tratamento de obesidade refratária e, de acordo com o consenso da conferência de 1996 da *National Institutes of Health* (NIH), permanece como único tratamento eficiente de obesidade grave que leva à redução do peso de longo prazo (LORENTZ; ALBERGARIA; LIMA, 2007, p. 200).

Nos últimos anos, o número de cirurgias com o objetivo de corrigir a obesidade e suas co-morbidades tem aumentado. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais efetivo para a obesidade mórbida (ALMEIDA; BRESSAN; MAGALHÃES, 2008). A cirurgia da obesidade mórbida surgiu como alternativa para o obeso mórbido e atualmente é considerado o tratamento mais eficaz.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente (FANDIÑO et al., 2004, p. 47).

Além da utilização do IMC como critério para indicação à cirurgia, há também outros fatores que devem ser levados em consideração, como a presença de um risco cirúrgico aceitável, o esclarecimento do paciente sobre sua nova rotina com as terapias dietéticas e comportamentais por longo prazo e a avaliação e acompanhamento com uma equipe multidisciplinar (GELONEZE; PAREJA, 2006).

Segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade (apud FANDIÑO, 2004), é necessário, pelo menos, 5 anos de evolução da obesidade e falha em outros

tratamentos para que o paciente seja selecionado como candidato a cirurgia bariátrica.

4.3.2 Técnicas usadas na cirurgia bariátrica

Atualmente existem três tipos de cirurgia bariátrica, onde a realização de uma ou de outra dependerá das características do paciente. Elas podem ser do tipo restritiva, disabsortiva ou mista. Esta última abrange a técnica restritiva e disabsortiva. Atualmente, as mais utilizadas são as restritivas e as mistas. As cirurgias disabsortivas não são mais utilizadas, devido à elevada taxa de efeitos adversos metabólicos e nutricionais em longo prazo (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

Segundo Soares; Falcão (2007), a técnica restritiva reduz o tamanho do reservatório gástrico, aumentando a saciedade e diminuindo a velocidade de esvaziamento do estômago de tamanho reduzido. Segundo Almeida; Costa (2009), elas restringem a ingestão de alimentos.

A gastroplastia vertical com bandagem consiste na restrição mecânica do estômago, através de uma sutura na região cárdia, que permite ao indivíduo sensação de saciedade com uma pequena ingestão. É indicada para pacientes que têm o hábito alimentar voltado para doces e líquidos hipercalóricos em elevadas quantidades, mas que não apresentam compulsão alimentar. Os resultados mostram perda de 30% do peso inicial com a utilização desta técnica (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

É uma cirurgia que consiste no fechamento de uma porção do estômago por meio de uma sutura gerando um compartimento isolado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento gástrico mais lento. Com este procedimento, os pacientes apresentam uma redução, em média, de 30% do peso nos primeiros dois anos. Entretanto, observa-se uma queda na velocidade da perda de peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento (SOARES; FALCÃO, 2007, p. 60).

A banda gástrica ajustável consiste na introdução de uma prótese de silicone na região superior do estômago, deixando-o com formato de ampulheta, permitindo saciedade com uma pequena ingestão alimentar, com redução de 35,8% do peso inicial. “Trata-se de um método reversível, pouco agressivo, que permite ajustes

individualizados, com baixas complicações nutricionais e morbimortalidade cirúrgica, além de retorno rápido as atividades rotineiras” (MONTEIRO; ANGELIS, 2007 p. 23).

Segundo Soares; Falcão (2007), a técnica disabsortiva reduz a absorção intestinal dos alimentos, pelo fato de excluir o duodeno e o jejuno da passagem do alimento, além de diminuir o tamanho do estômago, só que de forma menos significativa do que na restritiva. O duodeno e o jejuno são os principais locais de absorção de nutrientes.

Nesta técnica, grande parte do intestino torna-se não funcionante, acarretando intensa perda de nutrientes através das fezes, além de complicações digestivas, como diarreia, cirrose e pneumatose intestinal, devida a ocorrência de um supercrescimento bacteriano (MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 21).

Segundo Almeida; Costa (2009), esta técnica proporciona má absorção dos nutrientes, o que ocasiona a perda de peso. “As técnicas mais comuns são as derivações bílio-pancreática de Scopinaro e a duodenal Switch” (SOARES; FALCÃO, 2007, p. 60).

Dentre as técnicas disabsortivas, as principais são realizadas pela cirurgia de Scopinaro. Nestas cirurgias, o estômago, que também tem o seu tamanho reduzido, porém em menor grau, permanece com capacidade para cerca de 500 mL, sendo a disabsorção, causada pelo encurtamento intestinal, o principal fator emagrecedor. Conhecida também como derivação bílio-pancreática parcial com gastrectomia distal [...] (SOARES; FALCÃO, 2007, p. 61).

A cirurgia de Scopinaro ou derivação biliopancreática, consiste na redução do estômago e diminuição do intestino delgado, fazendo com que o alimento receba o suco biliopancreático no íleo e a mistura entre alimento e suco seja menor, chegando rapidamente ao intestino grosso. “O intestino delgado é seccionado a cerca de 250 cm da válvula ileocecal. O segmento distal é anastomosado ao estômago e o segmento proximal é anastomosado ao íleo a 50, 100 ou 150 cm da válvula ileocecal [...]” (MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 24). Esse processo favorece a má absorção das gorduras. Com esse tipo de cirurgia, ocorre perda de 64% do peso inicial.

Segundo Almeida; Costa (2009), a técnica mista restringe e proporciona má absorção do alimento, onde o estômago é dividido em duas porções, sendo uma porção excluída e outra ligada diretamente a um segmento do intestino delgado.

Atualmente, dentre as técnicas mistas utilizadas, o padrão-ouro em cirurgias bariátricas é a gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux por sua boa eficácia e baixa morbimortalidade. Este tipo de cirurgia está associada a uma saciedade precoce e aversão a alimentos doces, com perda de peso significativamente maior do que nas outras gastroplastias (GARRIDO et al., 2002 apud SOARES; FALCÃO, 2007, p. 61).

A cirurgia mista com maior componente restritivo consiste na redução do estômago e sua conexão com o intestino, além do uso de um anel no reservatório gástrico que diminui a velocidade de esvaziamento. Neste tipo de cirurgia, conhecida como *Bypass em Y de Roux*, que pode ser por laparoscopia ou por incisão abdominal, ocorre um mecanismo fisiológico chamado *Dumping*, que é caracterizado por náuseas e vômitos provocados pela ingestão de alimentos hipercalóricos e a diminuição do trânsito estomacal, diminuindo também a produção do hormônio grelina, responsável pelo apetite (MONTEIRO; ANGELIS, 2007). “A redução de peso ocorre de forma progressiva, inicialmente, diminui entre o 12º e 24º mês. Em longo prazo, a redução é de aproximadamente 35%, com melhora das comorbidades, qualidade de vida e auto-estima dos pacientes” (GARRIDO, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 24).

A cirurgia de bypass em Y de Roux provoca maior perda de peso quando comparada com outras técnicas cirúrgicas. Tal fato é decorrente não apenas da redução na ingestão de alimentos, mas também decorrente da má absorção de gorduras devido à exclusão do duodeno, síndrome de dumping e mudanças no estilo alimentar (KENLER; BROLIN; CODY, 1980 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 24).

4.3.4 Vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas

As vantagens e desvantagens da cirurgia bariátrica vão de acordo com a técnica cirúrgica utilizada. No caso da técnica restritiva as vantagens compreendem: o baixo índice de complicações e reintervenções; mínima taxa de mortalidade; pouquíssima interferência na fisiologia digestiva; ausência de dumping; não comprometimento da absorção de cálcio, ferro, vitaminas e outros micronutrientes; acessibilidade do trato digestório à investigação diagnóstica; fácil reversibilidade e ajuste individualizado; adequação à videolaparoscopia; alta precoce; rápida recuperação e pouca dor no pós-operatório (SOARES; FALCÃO, 2007).

Já as desvantagens constatadas são: ausência de controle qualitativo, com possibilidade de ingestão de líquido hipercalóricos; perspectiva de menor perda de peso que nas outras técnicas; maior necessidade da cooperação do paciente, principalmente em relação à mudança de hábitos; ocorrência de regurgitações e vômitos na fase de adaptação com possibilidade de complicações que podem necessitar de reversão cirúrgica, na ordem de 5% (MACLEAN; RHODE; FORSE, 1990 apud SOARES; FALCÃO, 2007, p. 61).

Também pode ocorrer fístula gástrica, complicações intra-abdominais, embolia pulmonar, esplenectomias e infecção da ferida operatória (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

Na técnica disabsortiva as vantagens incluem perda de peso em até 80%; perda mantida em longo prazo, até 18 anos; melhor resolução ou minimização das co-morbidades; possibilidade de ingestão de volumes maiores; pouca necessidade de restrição dietética; ausência de dumping e o efeito pode ser revertido com uma nova cirurgia, pois a parte do estômago que é retirada não interfere nos hábitos de vida (SOARES; FALCÃO, 2007).

Suas desvantagens são: retirada definitiva de parte do estômago; comprometimento da absorção de cálcio, ferro e vitaminas, necessitando de reposição e controle; aumento e em 5% dos casos pode aparecer diarreia; fezes e gases com odor muito fétido podendo ocasionar problemas sociais em metade dos pacientes; exclusão de duodeno e jejuno de exames de investigação diagnóstica; alta hospitalar tardia, com lenta recuperação, principalmente por causa das grandes incisões cirúrgicas; maior risco de complicações tardias, como por exemplo, anemias, úlceras, osteoporose e desnutrição protéico-calórica (SOARES; FALCÃO, 2007, p. 61).

Segundo Monteiro; Angelis (2007), nesta técnica grande parte do intestino torna-se não funcionante, favorecendo a não absorção dos nutrientes, que são eliminados através das fezes, além de causar complicações digestivas, como diarreia, cirrose e pneumatose intestinal devido a ocorrência de crescimento bacteriano.

Na técnica mista as vantagens são rápida perda de peso, até 70% em dois a três anos; excelente controle das co-morbidades; controle qualitativo da dieta; moderada necessidade de restrição dietética e poucas complicações em longo prazo (SOARES; FALCÃO, 2007). Também não causa restrição na ingestão de alimentos e permite maior acesso aos métodos de investigação (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

Dentre as desvantagens destacam-se: maior taxa de complicações no período pós-operatório imediato; absorção comprometida de cálcio, ferro e vitaminas, porém em menor grau do que nas técnicas disabsortivas; estômago e duodeno inacessíveis à investigação diagnóstica; difícil reversibilidade; moderada incidência de regurgitação e vômitos na fase de adaptação; dificuldades na abordagem videolaparoscópica e alta hospitalar tardia (ANDERSEN; LARSEN, 1989 apud SOARES; FALCÃO, 2007, p. 61).

A perda de peso efetiva nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica implica, em grande maioria, na melhora ou na completa resolução das comorbidades associadas à obesidade (FONSECA et al., 2002 apud PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008). “Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida” (FANDIÑO et al., 2004, p. 48).

A cirurgia bariátrica tem ação sobre a prevenção, melhora e reversão do diabetes. Na técnica restritiva, esse efeito acontece pela redução da resistência à insulina devido à perda de peso. Já na técnica disabsortiva, esse reflexo é decorrente da disabsorção de lipídios e melhora da sensibilidade à insulina (GELONEZE; PAREJA, 2006).

Estudos mostram que a cirurgia bariátrica, também está envolvida com a redução do hormônio grelina, que é um orexígeno endógeno, causando um efeito sacietógeno, sendo importante na prevenção da recuperação de peso no longo prazo (GELONEZE; PAREJA, 2006).

[...] observaram melhora dos parâmetros cardiorrespiratórios (dor torácica, dispnéia, apnéia do sono e hipertensão) e metabólicos, oriundos da substancial redução do peso, favorecendo melhora na qualidade de vida destes pacientes (FANDIÑO, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 20).

A dislipidemia apresenta melhora devido à redução da ingestão de lipídios e calorias, melhora da sensibilidade à insulina e disabsorção dos lipídios, assim como a hipertensão arterial pela redução da hiperinsulinemia e da resistência à insulina, redução da hipertensão abdominal pelo excesso de gordura e redução do hormônio leptina levando a diminuição da hiperativação do sistema nervoso simpático (GELONEZE; PAREJA, 2006).

Segundo Fandiño et al. (2004), a mortalidade perioperatória está em torno de 0,3 a 1,6%. As complicações do período pós-operatório podem ser classificadas em precoces que incluem infecção da ferida operatória, estenose/ulceração gástrica,

náuseas e vômito, deiscência de sutura, pneumonia e embolia pulmonar; e tardias envolvendo má absorção de vitaminas, má absorção de sais minerais, colelitíase, diarréia, neuropatia periférica e anemias.

A cirurgia estaria contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam contraindicações psiquiátricas que ainda são fonte de controvérsias e motivo de discussão posterior (FANDIÑO et al., 2004, p. 48).

Segundo Negrão; Bianchi (2008), o número de procedimentos cirúrgicos bariátricos vem aumentando devido à eficiência e segurança das técnicas aplicadas e os resultados positivos alcançados. A taxa de mortalidade aceitável da cirurgia bariátrica está entre 0,5 e 1,5% . Porém, na realidade este valor é de, aproximadamente, 1,9% decorrente do maior risco anestésico, devido à obesidade e suas comorbidades” (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

O prognóstico de uma cirurgia depende do equilíbrio entre os fatores de agressão e os fatores de defesa. Os fatores de agressão incluem o estresse cirúrgico e as comorbidades do paciente, o que é característica do obeso mórbido. Os fatores de defesa dependem do sistema imunológico, do estado nutricional e da condição fisiológica do indivíduo (TANAKA, 2006, p.35).

“A falência da cirurgia sob a óptica ponderal é definida por perdas menores que 50% do excesso de peso, o que ocorre na minoria absoluta dos casos” (GELONEZE; PAREJA, 2006, p. 401).

4.3.5 Ações do enfermeiro na assistência ao paciente obeso e submetido à cirurgia bariátrica

Devido às suas condições físicas e psicológicas, o paciente obeso necessita de um cuidadoso planejamento da assistência de enfermagem, principalmente quando submetido à cirurgia bariátrica, já que apresentam alto risco cirúrgico.

É importante a atuação do enfermeiro na prevenção, de forma orientar a população acerca dos riscos da obesidade, minimizando o desgaste físico e psicológico, já que se trata de uma doença crônica, de difícil controle e tratamento.

Para isso, o treinamento e orientação da equipe de enfermagem, incluindo técnicos e auxiliares, possibilitarão um atendimento humanizado e de melhor qualidade aos pacientes.

O profissional enfermeiro deve instituir programas eficazes na prevenção e tratamento da obesidade, e apresentar estratégias para ajudar os indivíduos a adotar comportamentos e um estilo de vida que conduzam a um controle adequado do peso; tornando-se extremamente importante proceder à elaboração de programas de prevenção que contribuam para a diminuição da incidência e da prevalência da obesidade (COSTA, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

Quando a doença já está instalada e o tratamento clínico não é eficaz, é necessário uma avaliação para observar se o paciente pode ser candidato a cirurgia bariátrica. É neste momento, que toda a equipe multidisciplinar deve ficar atenta para o acompanhamento deste paciente por toda a vida, já que o não seguimento das condutas previamente estabelecidas acarreta no insucesso do tratamento cirúrgico.

Não basta que os profissionais de saúde que estejam conduzindo o tratamento focalizem a atenção na perda de peso, mas esta deve estar voltada para o fato de que a obesidade é uma doença crônica e sistemática. Estabelecer ações para controle de complicações relacionadas à obesidade é essencial para o alcance dos resultados desejados (ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 123).

O enfermeiro, como membro fundamental na equipe de saúde, deve intervir, inicialmente, avaliando o paciente que se submeterá a cirurgia, analisando o tipo físico, a família do indivíduo obeso, fatores culturais e doenças associadas, além de orientá-lo sobre todo procedimento cirúrgico, respondendo seus questionamentos e se tornando um elo entre paciente e família, já que é com o apoio desta, se conseguirá maiores e melhores resultados. O enfermeiro deve estar consciente para a realização de possíveis intervenções que possam vir a ser necessárias para evitar riscos para o paciente e para a equipe (ALMEIDA; COSTA, 2009).

Na consulta pré-operatória, o enfermeiro deverá realizar uma anamnese do paciente, exame físico completo, checagem dos exames pré-operatórios, orientações de enfermagem e esclarecimentos sobre a rotina pré, trans e pós-operatória, lista do enxoval de internação e avaliação do entendimento do paciente sobre a cirurgia, buscando proporcionar um preparo físico, psicológico e educacional (PEREIRA et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124-125).

Durante a etapa perioperatória, a assistência de enfermagem deve ir além de procedimentos e técnicas, envolvendo a aquisição de equipamentos e instrumentais específicos que possibilitem maior conforto e segurança ao paciente, evitando possíveis riscos (TANAKA, 2006). “A assistência de enfermagem deve ser realizada de forma humanizada e sistematizada aos pacientes cirúrgicos no período perioperatório, visando uma recuperação mais rápida e menos traumática” (ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

No pós-operatório, o enfermeiro deve estar atento para evitar possíveis complicações decorrentes do excesso de peso e do próprio procedimento cirúrgico, como a trombose venosa profunda, através do uso de meias de compressão elástica e do incentivo a deambulação precoce; úlceras de pressão, realizando a mudança de decúbito, assim como a mudança de roupas úmidas, evitando também o aparecimento de erupções fúngicas e outras dermatites; infecção da ferida operatória, assistindo e observando a evolução da pele e complicações respiratórias, através da elevação do tórax e encorajamento a tosse e respiração profunda (NEGRÃO; BIANCHI, 2006). Além disso, há a necessidade do ajuste da dose dos medicamentos, principalmente os analgésicos, já que a dor no pós-operatório é comum e o paciente obeso tem dificuldades na absorção (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

O incentivo e as orientações fornecidas serão fundamentais para que este paciente possa ser bem assistido durante todas as etapas cirúrgicas, principalmente no pós-operatório, em que as mudanças no estilo de vida, inicialmente causarão certo desconforto. O enfermeiro deve mostrar seus conhecimentos, facilitando a absorção da maior quantidade de informações, para que estas sejam revertidas em benefícios.

Além do atendimento ao paciente, o enfermeiro deverá organizar e participar das reuniões semanais com os demais membros da equipe (médicos, nutricionista e psicólogo). Também deverá ser responsável pela organização das reuniões pré e pós-operatória. Cabe ainda a esse profissional a participação em congressos, a apresentação de trabalhos e a realização de palestras e estudos sobre o tema obesidade (PEREIRA, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 125).

5. DISCUSSÕES

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda alimentação balanceada e atividade física para uma vida saudável, visando à redução das doenças crônicas não transmissíveis e à qualidade de vida. Porém, alguns estudos revelam que esta teoria está longe da atual realidade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 15,7% e de atividade física suficiente no lazer foi de 16,4%.

De acordo com pesquisa realizada na cidade do Natal pela VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) em 2007, 15,4% dos homens e 10% das mulheres são acometidos pela doença (REVISTA DE SAÚDE DO RN, 2008). O Ministério da Saúde (2009), através da VIGITEL, mostrou que o percentual de obesos no Brasil aumentou para 13%, sendo 12,4% composto por homens e 13,6% por mulheres. Esses dados são preocupantes para os serviços de saúde.

A obesidade é considerada uma doença crônica, de origem metabólica e genética, definida como um estado anormal de saúde, associado ao excesso de gordura corporal e atualmente considerada uma epidemia global. No Brasil, o aumento percentual na velocidade de crescimento da obesidade determina grande impacto na saúde pública (LEITE; VALENTE, 2003 apud TANAKA; PENICHE, 2009, p. 619).

O aumento de indivíduos com sobrepeso e obesidade tem revelado um quadro epidemiológico, sobre as doenças crônicas não-transmissíveis, preocupante. A obesidade faz parte deste grupo de doenças e já é considerada um problema de saúde pública no mundo e no Brasil (BRASIL, 2004).

No processo de transição nutricional, a urbanização tem influência sobre as mudanças nos padrões de comportamento alimentar e associado ao sedentarismo juntamente com o avanço tecnológico, desempenha importante papel na epidemiologia da obesidade (BRASIL, 2004).

A presença marcante de diversos meios de se promover a cura ou mesmo manutenção da saúde individual reflete a necessidade da população de uma abordagem multifocal do problema que lhe acomete (OLIVEIRA, 2003). O enfermeiro, sendo um dos principais participantes no sucesso do controle da obesidade deve estar envolvido no processo de mudanças que ocorrem na vida dos

pacientes que necessitam dos métodos alternativos, incluindo a cirurgia bariátrica. Também deve ficar atento ao perfil epidemiológico da comunidade em que está inserido para atuar na prevenção da obesidade. A equipe de enfermagem deve trabalhar em conjunto para alcançar os resultados esperados. O enfermeiro deve desenvolver programas que sensibilizem e treinem as equipes, além de apoiar a valorização da assistência humanizada e dos recursos humanos, investir na formação de grupos de apoio, que respondam de forma correta as dúvidas e orientem pacientes e familiares. Essas ações serão importantes para um atendimento de melhor qualidade aos pacientes obesos (RIBAS et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

É preciso que o enfermeiro atue de forma ética, seguindo os princípios que regem a profissão e respeitando as diferenças entre os seres humanos.

As ações desenvolvidas requerem ética profissional, ou seja, devem seguir um conjunto de regras que rege as boas condutas profissionais para que possam ser reconhecidas como adequadas aos valores morais desta profissão. Deve existir sempre uma interação entre o ser que cuida e o ser cuidado, respeitando-se os valores culturais, as necessidades e os direitos do cidadão quando doente. À enfermagem cabe a responsabilidade primordial do “cuidado” com o ser humano, que necessita de atenção à saúde individual, familiar, de grupos e das comunidades (RIBAS et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

Segundo Costa (2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009), o enfermeiro pode instituir o programa de mudança comportamental, promovendo educação sobre a etiologia e a fisiopatologia da obesidade, orientar esses pacientes quanto à melhoria dos hábitos alimentares, a prática de atividade física, a busca pelo apoio familiar e acompanhamento multidisciplinar. Pode implantar, também, programas voltados para a prevenção e tratamento da obesidade, para que indivíduos portadores desta doença possam adotar hábitos saudáveis de vida para controle do peso, além de contribuir com a diminuição do número de casos (COSTA, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

O enfermeiro atua não só no controle, mas na prevenção da obesidade. Deve acolher escolas e pais, a fim de iniciar um combate a doença desde os primeiros anos de vida. Para isso, é preciso investir em exercícios físicos, orientações nutricionais adequadas e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo possível à detecção precoce e o tratamento adequado, evitando a obesidade na fase adulta. É importante que o profissional de saúde oriente os pais

sobre algumas formas de prevenção, para que possam interagir com seus filhos, a fim de prevenirem ou reconhecerem a patologia precocemente (FERNANDES; VARGAS, 2007). Devido ao aumento da obesidade infanto-juvenil, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara Federal, aprovou o Projeto de Lei 127/07, que obriga creches e escolas do ensino fundamental, de escolas públicas e particulares, a comercializarem apenas alimentos saudáveis em suas cantinas, conforme critérios a serem anunciados pelas autoridades sanitárias (JORNAL DO COMÉRCIO, 2010).

É importante ressaltar a toda a população que a intervenção feita de maneira preventiva sobre a obesidade tende a ser mais fácil, menos cara e potencialmente mais efetiva; podendo criar programas de educação alimentar e de práticas de atividade física que possam ser levados às escolas a fim de orientar as crianças e jovens dos riscos da obesidade. Estes programas podem ser elaborados e realizados com a participação de pais e profissionais de educação para que haja obtenção de um sucesso maior (COSTA, 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

Quando a obesidade alcança um grau elevado e o paciente não encontra sucesso com o uso de métodos alternativos não cirúrgicos, é necessário avaliar a possibilidade da realização da cirurgia bariátrica.

A terapêutica do paciente obeso deve envolver um plano de reeducação alimentar, atividade física e uso de agentes anti-obesidade, porém nos pacientes que apresentam obesidade mórbida, a abordagem clínica geralmente é ineficaz e o tratamento cirúrgico se impõe como a única opção de tratamento (COUTINHO; BENCHINOL, 2003 apud TANAKA; PENICHE, 2009, p. 619).

Antes da realização do procedimento cirúrgico é necessária uma avaliação do paciente para que este possa se tornar efetivamente um candidato à cirurgia bariátrica. Caso haja algum problema que impeça a realização da cirurgia, este deve ser minimizado através de ações do paciente e da equipe multidisciplinar.

As indicações para cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade mórbida baseia-se em diversos fatores: Índice da Massa Corporal (IMC) acima de 40 Kg/m ou 35 Kg/m na presença de doenças associadas (hipertensão, diabetes *mellitus*); dificuldade de locomoção; ausência de causas endócrinas de obesidade; fracassos de métodos conservadores de emagrecimento e avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente lidar com as transformações radicais de comportamento impostas pela operação (DALABONA et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 123).

“Para a obtenção de bons resultados, cada candidato à cirurgia deve ser avaliado cuidadosamente por uma equipe multidisciplinar, podendo assim ajudar na manutenção ou recuperação da saúde, para ter uma vida longa e saudável” (SUNDBOM; GUSTAVSSON, 2004 apud ALMEIDA; BRESSAN; MAGALHÃES, 2008, p. 185).

O comprometimento com o acompanhamento em longo prazo é vital, já que problemas nutricionais e metabólicos podem ser tratados ou evitados. Com o número crescente de pessoas se submetendo a esta forma de tratamento, outros profissionais além do cirurgião serão necessários no acompanhamento do paciente (FUJIOKA, 2005 apud ALMEIDA; BRESSAN; MAGALHÃES, 2008, p. 185).

É necessário discutir com o candidato à cirurgia bariátrica todas as etapas pelo qual ele passará. Um paciente, que conhece bem o seu problema e o tratamento ao qual será submetido, consegue controlar o medo e a angústia, contribuindo positivamente para sua recuperação.

A angústia frente a um procedimento cirúrgico, difundido pela população, está relacionado ainda às taxas de mortalidade da Idade Moderna e início da Idade Contemporânea devido ao desconhecimento de técnicas assépticas e das infecções hospitalares. Mesmo que o procedimento cirúrgico seja simples, para o paciente este representa algo importante e ameaçador, já que no pensamento popular, o evento cirúrgico está associado com a morte e/ou alterações corporais (SOUZA et al., 2008).

Tranqüilizar o paciente e promover um ambiente acolhedor é dever da equipe multiprofissional, que tem de estar mobilizada a fornecer o apoio psicológico e físico necessário naquele momento. “Fatores como confiança e disponibilidade para ouvir, orientar e procurar desconstruir mitos, preconceitos e fantasias são fundamentais para assegurar o equilíbrio emocional em clientes que estão em situação cirúrgica” (SOUZA et al., 2008, p. 34). Atualmente, há um crescente aumento das responsabilidades sobre o cuidado com os pacientes obesos, imprimindo a adesão dos enfermeiros na equipe multidisciplinar, no sentido de acolhimento do paciente na unidade de internação, porque eles apresentam geralmente várias co-morbidades associadas. Para se obter um excelente resultado com a cirurgia bariátrica, o enfermeiro deve fazer o preparo minucioso durante o pré, trans e pós-cirúrgico, dando ênfase ao planejamento pré-operatório (ABIR; BELL, 2004 apud NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

As ações do enfermeiro têm um grande valor, pois ele deve estar sempre atento às possíveis complicações e às intervenções de enfermagem necessárias para evitar riscos potenciais e tardios (SCHIMITT, 2004 apud PASTORIZA; GUIMARÃES, 2008).

Na assistência a pacientes submetidos à cirurgia, o enfermeiro deve atuar em conjunto com outros profissionais, elaborando rotinas e acompanhando a evolução do paciente, participando de todas as etapas do tratamento, desde o pré-operatório até o pós-operatório, explicando o desgaste físico e mental na qual o paciente poderá ser submetido, garantindo assim maior interação entre paciente, profissional e família. Dessa forma, as chances de sucesso no tratamento da doença e obtenção da qualidade de vida serão maiores (ALMEIDA; COSTA, 2009).

Estes profissionais devem atuar nos períodos pré e pós-cirúrgicos, esclarecendo dúvidas, discutindo e adequando as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico, elaborando um adequado planejamento alimentar, investigando sobre possíveis alterações psíquicas e sugerindo outras fontes de prazer, que não apenas o ato de comer (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 21).

Segundo Negrão; Bianchi (2006), o cuidado pré-operatório é fundamental para que o procedimento cirúrgico tenha sucesso e para que o paciente possa conhecer a nova rotina a qual será submetido. Estar atento as co-morbidades, ao planejamento intra-operatório e as orientações sobre os cuidados pós-operatórios são essenciais.

As atividades de enfermagem durante a fase pré-operatória incluem o estabelecimento de uma avaliação basal do paciente antes do dia da cirurgia ao realizar uma entrevista pré-operatória com exame físico, avaliação emocional, história anestésica prévia e identificação de alergias ou problemas genéticos conhecidos que possam afetar o resultado final da cirurgia.

Acompanhamento do paciente no pré-operatório (consulta que deve ser realizada dias antes da cirurgia); preparo da unidade de internação para receber o paciente; preparo do centro cirúrgico, quanto aos equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentos cirúrgicos; preparo dos técnicos de enfermagem e o auxílio ao procedimento anestésico-cirúrgico, atuando em parceria com as equipes do centro cirúrgico e das unidades de internação, elaborando rotinas e acompanhando a evolução do paciente (SCHIMITT, 2004 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

Além disso, as orientações de enfermagem e esclarecimentos sobre a rotina pré, trans e pós-operatória são essenciais para o preparo físico, psicológico e educacional para antes e depois da cirurgia (PEREIRA et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

O suporte psicológico e físico construído durante o período pré-cirúrgico será fundamental na adesão do tratamento e o enfermeiro participa ativamente desse período, orientando, cuidando e incentivando a superação das muitas etapas, que na maioria das vezes são difíceis de serem superadas (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

Mesmo com os avanços no conhecimento da fisiopatologia da obesidade, os pacientes continuam a ser mais expostos a fatores de risco durante a cirurgia do que pacientes não obesos, estando relacionados ao estresse, anestesia, às respostas neuroendócrinas e aos procedimentos cirúrgicos (TANAKA; PENICHE, 2009).

Em pacientes obesos mórbidos, a minimização destes fatores de risco está diretamente ligada a avaliação do paciente no período pré-operatório. Importantes alterações fisiopatológicas ocorrem nos sistemas cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, que são de especial importância (TANAKA; PENICHE, 2009, p. 619).

Segundo Negrão; Bianchi (2006), como membro importante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro deve estar presente em todo o período trans-operatório, como membro da equipe cirúrgica, procurando acompanhar a evolução técnico-científica da cirurgia, aprofundando os conhecimentos adquiridos, de modo a atuar efetivamente na assistência ao paciente cirúrgico.

Durante o período trans-operatório, as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem, para uma assistência qualificada ao paciente obeso, estão relacionadas com o espaço físico, os equipamentos e a falta de conhecimento específico (TANAKA; PENICHE, 2009).

As recomendações da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico (SOBECC), seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre as instalações mínimas para cirurgias especializadas, sugerem um espaço físico de 36 m² além de uma sala de apoio de 12 m², mas essa não é a realidade encontrada em nossa prática profissional (TANAKA; PENICHE, 2009). Também há dificuldades para se encontrar nos hospitais, mesas e macas que possam suportar o peso do paciente e oferecer segurança durante seu transporte e procedimento cirúrgico, já que uma mesa

cirúrgica padrão suporta, em média, 160 kg e a transferência do paciente da maca para a mesa é feita por deslizamento e necessita de vários profissionais. É difícil a aquisição de materiais para casos de urgência envolvendo pacientes obesos, como as cânulas de Guedel número 5, laringoscópio com lâmina mais longa e fibroscópio para intubação dificultosa (TANAKA; PENICHE, 2009).

Durante o procedimento cirúrgico, o enfermeiro deve estar atento a alguns cuidados como a proteção das proeminências ósseas e regiões mais susceptíveis, evitando o surgimento de úlceras de pressão; providenciar dispositivos de compressão arterial e venosa que juntamente com a terapia antitrombótica contribuirão para a prevenção da Trombose Venosa Profunda; treinar a equipe de enfermagem para uma assistência respeitosa ao paciente, já que os obesos são alvos de preconceito e discriminação e promover apoio emocional, orientando-o acerca dos procedimentos para o preparo da cirurgia (TANAKA; PENICHE, 2009).

[...] a intervenção psicológica junto ao paciente ainda é uma dificuldade para a enfermeira, e a sua avaliação ainda está baseada no senso comum. [...] aparentemente não existe base teórica suficiente para o enfermeiro reconhecer e intervir nessa necessidade do paciente. Seu comportamento estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar diante de um perigo iminente (TANAKA; PENICHE, 2009, p. 622).

O cuidado de enfermagem pós-operatório deve estar focado nos riscos de complicações associadas à obesidade mórbida (SMELTZER; BARE, 2005).

O enfermeiro deve observar cada paciente de forma individual, fornecendo apoio ao paciente e sua família, já que a obesidade mórbida implica em cuidados específicos e exige uma adaptação à nova realidade, reeducação de dieta e perda gradativa do peso pós-cirurgia (NEGRÃO; BIANCHI, 2006).

[...] a formação de grupos de suporte pós-cirúrgico que incluiriam pacientes, pais e cônjuges. Durante as reuniões, seriam abordadas as dificuldades da família e utilizadas técnicas de aconselhamento e resolução de problemas. Estes grupos visam a melhora da aderência ao tratamento, orientando-os sobre a nutrição pós-cirúrgica, exercícios físicos, dietas e detecção precoce de complicações metabólicas e quadros psiquiátricos, com o objetivo de propiciar adequado e satisfatório resultado cirúrgico e de perda do excesso de peso (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 21).

Segundo Negrão; Bianchi (2008), o enfermeiro deve estar atento aos cuidados pós-operatório que são a ausculta dos campos pulmonares; mudança de

decúbito; verificação dos sinais vitais e escala de dor; permeabilidade dos cateteres; uso de terapia compressiva em membros inferiores quando indicado; deambulação precoce; observação de sinais de tromboflebite; introdução da dieta e aceitação do paciente; atentando para qualquer desconforto abdominal; cuidados para evitar o aparecimento de úlceras de pressão; observação das características e evolução da ferida operatória; monitorização dos sinais de retenção urinária e observação da presença, aspecto e frequência de eliminações intestinais, atentando para a presença de ruídos hidroaéreos que devem retornar em média de 6 a 12 horas pós-cirurgia. Esses cuidados são adotados a fim de evitar às complicações pós-operatórias da cirurgia bariátrica como complicações respiratórias, dor, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, aceitação inadequada da dieta, infecção da ferida operatória, sinais de hemorragias, sinais de hipo/hiperglicemia e desidratação, íleo paralítico e retenção urinária.

Se o paciente for bem orientado desde o momento em que optar pelo tratamento cirúrgico e compreender a importância das mudanças na sua rotina, após a internação hospitalar, ele estará consciente de sua posição como responsável principal pelo sucesso da cirurgia, principalmente quando houver o apoio familiar e dos profissionais da saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, poderá oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes após a operação bariátrica, pois oferecem apoio constante para a busca de recuperação da saúde, da valorização da imagem corporal, da auto-estima e do re-equilíbrio social (ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 123).

Em muitas situações, o enfermeiro encontra-se sem o apoio dos demais profissionais de saúde, principalmente quando se trata da atenção básica, em que a ausência de profissionais é evidente. Dessa forma, o enfermeiro deve diagnosticar o sobrepeso e iniciar as orientações pertinentes, encaminhando esse paciente a uma unidade de referência para que possam ser diagnosticadas possíveis co-morbidades e acompanhamento com o serviço de nutrição. O paciente deve continuar sendo acompanhado pelo enfermeiro para que as informações estejam bem consolidadas.

O profissional enfermeiro deverá desenvolver ações, tais como a sensibilização e treinamento das equipes; a valorização e conscientização do cuidado humanizado; a divulgação de informações corretas que respondam as dúvidas dos pacientes e familiares; a formação de grupos de apoio e orientação aos pacientes e a família, momentos de confraternização com a equipe de enfermagem, valorização do funcionário como ser humano e o desenvolvimento de programas de oportunidades internas para funcionários; buscando oferecer um atendimento de forma humanizada e de melhor qualidade aos pacientes portadores de obesidade (RIBAS et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009, p. 124).

Alguns estudos mostram que a qualidade de vida em obesos que aguardam a cirurgia bariátrica pode está desequilibrada, mas que parte da compensação da qualidade de vida pode vir do apoio social oferecido pelos profissionais de saúde. Além disso, a troca de informações entre os profissionais e as decisões realizadas em conjunto proporcionam maiores chances de sucesso ao tratamento e possibilitam melhora na qualidade de vida dos indivíduos obesos e dos serviços oferecidos (ALMEIDA; COSTA, 2009).

É importante que a atenção básica também ofereça um suporte para os pacientes obesos, através de atividades em grupo que discutam o problema da obesidade, mostrando as alternativas para a redução do peso e prevenção da obesidade.

[...] a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil apresentou como diretriz promover a alimentação saudável, e assim, implantou algumas sugestões sobre alimentação, chamado de Dez Passos de uma alimentação saudável, como comer frutas, legumes e verduras, usar açúcar e sal com moderação, evitar balas, frituras, enlatados, refrigerantes e outras guloseimas, cujos objetivos são: (1) aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de se manter peso saudável e de se levar uma vida ativa; (2) modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física; (3) prevenir o excesso de peso (PEREIRA; HELENE, 2006, p. 34).

A partir do momento em que temos uma população orientada quanto aos fatores que interferem em sua saúde e oferecemos condições para o desenvolvimento destes conhecimentos adquiridos, fortalecemos e qualificamos a vida dos membros desta sociedade. O atendimento à saúde é caracterizado por uma relação humana que envolve gestores, profissionais e pacientes. Dessa forma, é fundamental a integração das competências técnicas, científicas e da ética para que exista o respeito às diferenças dos indivíduos envolvidos e aceitação dos limites de cada situação (RIBAS et al., 2005 apud ALMEIDA; COSTA, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma doença multifatorial, a fisiopatologia da obesidade é alvo de pesquisas por todo o mundo. Estas têm o objetivo de encontrar novas explicações para sua origem, através principalmente de vias neuroendócrinas e de fatores genéticos, e compreender melhor a influência dos fatores psíquicos e ambientais, além de elaborar e aperfeiçoar métodos que ofereçam mais segurança e eficácia para seu tratamento. É evidente que o combate à obesidade depende de toda a sociedade, pois extrapola a área de atuação dos profissionais de saúde, mas estes devem estar cientes e comprometidos com suas responsabilidades frente ao paciente.

Para a obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica mostrou-se mais eficaz, em comparação ao tratamento clínico, pois controla de forma sustentada a doença. A assistência multidisciplinar tem provado que é de fundamental importância para todas as etapas do tratamento cirúrgico.

A cirurgia bariátrica é uma opção efetiva para a perda de peso e controle da obesidade, mas não representa a sua cura. Isso deve ser orientado ao paciente desde o princípio, para que este compreenda e auxilie o tratamento e não recorra a métodos milagrosos que prejudiquem sua saúde. “O tratamento cirúrgico objetiva o emagrecimento, melhoria da qualidade de vida e metabólica. Para tanto, a redução na ingestão energética e disciplina dietética são fatores fundamentais” (FANDIÑO, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007, p. 20).

Mais do que o controle de peso, a cirurgia bariátrica é capaz de interferir na base fisiopatológica da Síndrome Metabólica, pois seus efeitos incluem uma intensa melhora da resistência à insulina, hipertensão arterial e dislipidemias (GELONEZE; PAREJA, 2006). “A cirurgia é realizada para o tratamento das comorbidades relacionadas à obesidade mórbida. A perda de peso, apesar de ser um componente essencial do processo, torna-se apenas a mensuração numérica do tratamento das comorbidades” (SUGERMANN, 1997 apud FERRAZ et al., 2003, p. 99).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 390, estabeleceu três tipos de cirurgias de redução de estômago, entre as restritivas e disabsortivas, que são financiadas pelo SUS. Antes desta portaria, apenas um tipo de cirurgia era oferecida no serviço público. As cirurgias financiadas pelo SUS

custam de 3 a 5 mil reais aproximadamente, mas no setor privado podem chegar ao custo de 10 a 20 mil reais.

[...] para cadastramento de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica, que deve ter um responsável técnico, um médico-cirurgião com título de especialização em cirurgia bariátrica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) ou com título de cirurgião emitido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou com Residência Médica em Cirurgia, reconhecida pelo MEC, com experiência profissional em cirurgia bariátrica. A equipe cirúrgica deve ter o mesmo tipo de formação necessária para o responsável técnico. O Centro de Referência deve dispor de Equipe Multiprofissional composta por: endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiros, anestesistas, intensivistas, fisioterapeutas, professores de educação física, psicólogos e assistentes sociais (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2001 apud JORGE FILHO, 2006, p. 127).

Para se conseguir a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS é necessário procurar um hospital cadastrado e possuir indicação para o procedimento cirúrgico. Por se tratar de uma cirurgia com grande procura, as filas de espera são longas e algumas vezes, o paciente precisa aguardar anos e anos para a sua realização. “Assim, se realmente o procedimento tem boas consequências, deveria estar ao alcance de todos, o que infelizmente não acontece, já que envolve outro problema bioético importante que é o da alocação de recursos” (JORGE FILHO, 2006, p. 126). A demora deve-se a falta de estrutura física, equipamentos e recursos humanos, principalmente para o acompanhamento pós-operatório. Por este motivo, o Ministério da Saúde tem se esforçado para oferecer os meios de aumentar o número de cirurgias. Atualmente, o número de cirurgias bariátricas realizadas vem aumentando, decorrente do aumento de pacientes que optam por este tratamento cirúrgico e das indicações médicas. Esses dois últimos fatos são explicados pela diminuição da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos obesos, além das falhas sucessivas do tratamento clínico (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004 apud MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

O aumento do número de cirurgias deve vir sempre acompanhado de uma assistência de qualidade em quem os riscos não sejam maiores que os benefícios. É preciso que a equipe multiprofissional esteja atenta e lembre ao paciente que todo procedimento cirúrgico apresenta seus riscos e os efeitos pós-operatórios podem ou não surgirem, em maior ou menor grau (JORGE FILHO, 2006).

Em alguns casos após a cirurgia, os pacientes se sentem enganados devido ao aparecimento de efeitos adversos sobre os quais não foram informados. Não se

pode realizar a cirurgia com fins comerciais, nem meramente com fins estéticos. É de responsabilidade de toda a equipe a orientação correta acerca do procedimento cirúrgico. Antes da cirurgia, é necessário avaliar os riscos envolvidos nos períodos perioperatórios e a longo prazo.

Que seja utilizada dentro do princípio da autonomia do paciente em aceitar ou não o tratamento proposto, após clara, objetiva e honesta explicação dos objetivos, riscos e possíveis complicações do tratamento, sem nenhuma tentativa de induzir a aceitação do procedimento proposto e, de preferência, com a utilização de consentimento livre e esclarecido (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988 apud JORGE FILHO, 2006, p. 126).

A falta de orientação e acompanhamento são os maiores causadores de resistência ao tratamento no pós-operatório, pois nas entrevistas pré-operatórias são evidentes as promessas a serem cumpridas pelos pacientes para o alcance do objetivo, mas no momento em que este é alcançado após a cirurgia, o problema inicial que é a obesidade é esquecido e o retorno aos maus hábitos alimentares e à vida sedentária são os responsáveis pelo reganho de peso. O encontro periódico com a equipe de saúde funciona como um incentivo externo para que as mudanças ocorridas se mantenham ao longo do tempo e que novas medidas sejam adotadas, porém a aderência ao tratamento também dependerá do próprio paciente (MARCHESINI, 2010).

As consultas pós-operatórias possibilitam a continuidade do tratamento proposto inicialmente. Segundo Marchesini (2010), o objetivo do acompanhamento pós-cirúrgico é prevenir possíveis recaídas, já que se trata de uma doença crônica em que a aderência ao tratamento e o seu seguimento são difíceis.

Pode-se inferir que as motivações que levam os indivíduos a procurar a cirurgia bariátrica, são em sua maioria, calcadas nos retornos sociais, nos padrões estéticos e no desejo psicológico de mudança de vida. Uma vez concretizada a mudança de vida, a motivação se acaba, mas não garante a satisfação existencial, busca pertinente aos seres humanos. Pacientes bariátricos podem apresentar maiores distorções perceptivas corporais que fazem com que não notem sua recuperação de peso, ou se defendam dessa percepção, de modo a só buscar auxílio quando o ganho ponderal é excessivo e perceptivo para o social. Com recuperação de peso tendem a buscar outros recursos cirúrgicos ou clínicos a aceitar que seu consumo alimentar possa estar calcado em funcionamentos cerebrais e emocionais, como adição à comida. Também é possível inferir que o preparo para o atendimento de cônjuges e familiares reclama um espaço na formação de profissionais da área do tratamento cirúrgico da obesidade, para que a prevenção às recaídas possa ser foco terapêutico (MARCHESINI, 2010, p. 113).

Em muitas situações, o enfermeiro é o único profissional disponível para o atendimento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que não receberam apoio da equipe após a cirurgia. Estes sofrem com os efeitos pós-cirúrgicos e o conhecimento de que a cirurgia não trouxe os benefícios esperados. Dessa forma, a depressão e a ansiedade, doenças comuns nos pacientes durante o pré-operatório se intensificam e juntamente com o despreparo familiar para lidar com a situação, fazem com que o paciente retorne ou ultrapasse o peso inicial.

Isso se deve à falta de adesão dos pacientes, bem como a falha no treinamento dos profissionais para aconselhar e motivar os obesos a mudar comportamentos. Por parte dos profissionais, há também um grau de descrença nos resultados da terapia, bem como falta de tempo para detectar e corrigir a não-adesão dos pacientes (NAWAZ, 2001 apud BRASIL, 2004, p. 2).

O enfermeiro por sua vez, não deve estar presente apenas nos centros cirúrgicos dos hospitais, mas também nas unidades básicas através de consultas e trabalhos educativos. É necessário que o enfermeiro reconheça sua importância no desenvolvimento de ações capazes de assistir e colaborar com a população portadora da obesidade (ALMEIDA; COSTA, 2009).

Segundo Almeida; Costa (2009), a população se mostra receptiva e interessada em adquirir informações, orientações e receber os cuidados prestados pelo enfermeiro. Sendo assim, este profissional tem a possibilidade de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade. As técnicas cirúrgicas disponíveis são eficazes para pacientes obesos mórbidos ou obesos com comorbidades e indicadas, desde que o tratamento clínico tenha fracassado anteriormente, não exista contra-indicação para a anestesia e o paciente esteja bem orientado sobre a nova rotina pós-cirúrgica. Mesmo sendo o método mais eficaz atualmente no controle da obesidade, a cirurgia pode trazer complicações operatórias e de longo prazo para o indivíduo (BRASIL, 2004).

Todas as informações serão preciosas para o paciente para que os resultados sejam alcançados. Antes do procedimento cirúrgico é necessário investir no tratamento clínico, mesmo sabendo que este tratamento é pouco efetivo em relação à cirurgia, já que estudos mostram que apenas 5 a 10% dos pacientes que reduzem o peso através do tratamento clínico, o mantêm reduzido por mais de 2 anos e que a média de perda de peso varia entre 10 a 15% (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2002). Ainda assim é possível visualizar melhora das comorbidades e dos

riscos associados através do tratamento clínico. Além disto, este pode servir como ensaio, caso não funcione, para uma nova rotina pós-cirúrgica.

Quando o tratamento clínico é ineficaz, a cirurgia bariátrica consegue oferecer novas perspectivas aos pacientes, que podem ser enormemente beneficiados pelos efeitos positivos da cirurgia bariátrica bem indicada, bem executada e cuidadosamente seguida. O enfermeiro participa da equipe multidisciplinar, acompanhando o paciente em todas as etapas do tratamento, realizando consultas pré e pós-cirúrgicas, acompanhando sua evolução, oferecendo-lhe melhores serviços e contribuindo com o bem-estar do paciente e o sucesso da cirurgia bariátrica.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kaciara Nunes; BRESSAN, Josefina; MAGALHÃES, Bruna de Melo. Protocolo de acompanhamento nutricional para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no pré e pós-operatório. **Revista Mn – Metabólica**, v. 10, nº 4, p. 184 – 192, out./dez. 2008.

ALMEIDA, Martha Elisa Ferreira de; COSTA, Priscila Dias. Assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica. **Enfermagem Brasil**, v. 8, nº 3, p. 122 – 130, maio/jun. 2009.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia Científica – Um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2000.

BECKERT, Gabriela. Escolas devem abolir lanches não saudáveis. **Jornal do Comércio**, Santa Catarina, 26 abr. 2010, Caderno de Educação.
Disponível em: <www.adjorisc.com.br/jornais/jornaldocomercio/educac-o/escolas-devem-abolir-lanches-n-o-saudaveis-1.263783> Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde – Centro de Estudos, Pesquisas e Informações. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Enquete sobre a obesidade e sobrepeso. Brasília, 2004.
Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/.../cartaz/04_0920_Co.pdf> Acesso em: 31 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Obesidade: Evidências e fantasias. v. 1, n. 1, Brasília, 2004.
Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/.../04_0321_F.pdf> Acesso em 10 set. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.
Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/.../pof/2002/pof2002.pdf> Acesso em: 20 jul. 2010.

BRASIL. ANVISA. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ano III, nº 5, p. 01 – 11, set. 2008.

Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/newsletter/brats/2008/brats5.pdf>
Acesso em: 22 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL; Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2009.

Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/vigitel_2009.pdf> Acesso em 29 jul. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/.../sipd/.../Informe_POF_2008-2009.pdf>
Acesso em: 20 out. 2010.

CARLSON, Neil R. **Fisiologia do Comportamento**. 7. ed. Barueri: Manole, 2001, p. 392 – 419.

CARVALHEIRA, José B. C.; ZECCHIN, Henrique G.; SAAD, Mario J. A. Vias de sinalização da insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 46, n. 4, São Paulo, ago. 2002.

CHAMPE, Pámela C.; HARVEY, Richard A. **Bioquímica Ilustrada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista Psiquiátrica**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 47 – 51, jan./abr. 2004.

Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf> Acesso em: 24 jan. 2009.

FERRAZ, Edmundo Machado et al. Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 30, n. 2, p. 98 – 105, mar./abr. 2003.

Disponível em: <www.cbc.org.br/upload/pdf/revista/03042003%20-%202007.pdf>
Acesso em: 31 jul. 2010.

FERNANDES, Rosângela Alves; VARGAS, Suélem Amorim. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 273 – 281, 2007.

Disponível em: <[www.faculdadefuturo.edu.br/.../RMA%20\(1\)%2073281.pdf](http://www.faculdadefuturo.edu.br/.../RMA%20(1)%2073281.pdf)>
Acesso em: 25 fev. 2010.

GARDENAL, Isabel. A grelina e os paradoxos da obesidade. **Jornal da Unicamp**, n. 184, ago. 2002.

Disponível em:
<www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2002/unihoje_ju184pag3a.html>
Acesso em: 07 mar. 2010.

GELONEZE, Bruno; PAREJA, José Carlos. Cirurgia Bariátrica Cura a Síndrome Metabólica?. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 50, n. 2, p. 400 – 407, abr. 2006.

GIBNEY, Michael J. et al. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GIBNEY, Michael J.; VORSTER, Hester H.; KOK, Frans J. **Introdução à Nutrição Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme – Revista Virtual de Humanidades**, v. 5, n. 11, p. 1 – 42, jul./set. 2004.

Disponível em: <www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme11/100.pdf> Acesso em 18 fev. 2010.

GUIMARÃES, Daniella Esteves Duque et al. Adipocitocinas: uma nova visão do tecido adiposo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 549 – 559 set./out. 2007.

Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500010> Acesso em 22 de fev. 2010.

INSTITUTO DE MEDICINA FLUMIGNANO. Núcleo de Tratamento do Obeso. Obesidade – Cirurgia Bariátrica. Rio de Janeiro, 2005.

Disponível em:
<www.flumignano.com/medicos/Download/COMPLICACOES_BARIATRICAS.pdf>
Acesso em 28 jan. 2009.

JORGE FILHO, Isac. Aspectos éticos e legais da cirurgia bariátrica. **Revista Einstein**, sup. 1, p. 125 – 129, 2006.

Disponível em: <apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/268-125-129.pdf> Acesso em 04 set. 2010.

LEMOS, Mércia Lima de Carvalho et al. Obesidade na infância e adolescência: critérios de diagnóstico clínico e laboratorial. **Revista de Pediatria**, v.8, n. 1, p. 8 – 16, jan./jun. 2007.

LORENTZ, Michelle Nacur; ALBERGARIA, Viviane Ferreira; LIMA, Frederico Augusto Soares de. Anestesia para a obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 57, n. 2, p. 199 – 213, mar./ abr. 2007.

Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000200010> Acesso em 18 dez. 2009.

MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, vol. 46, n. 5, p. 497 – 512, out. 2002.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13395.pdf>> Acesso em 22 nov. 2009.

MARCHESINI, Simone Dellegrave. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, vol. 23, n. 2, p. 108 – 113, 2010.

Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abcd/v23n2/10.pdf> Acesso em 04 set. 2010.

MARZZOCO, Anita; TORRES, Bayardo Baptista. **Bioquímica Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

MONTEIRO, Andreia; ANGELIS, Isabella de. Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 01, n. 03, p. 19 – 26, maio/jun. 2007.

MOTA, Gustavo R. da; ZANESCO, Angelina. Leptina, Ghrelina e Exercício Físico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 1, p. 25 – 33, 2007.

Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abem/v51n1/02.pdf> Acesso em: 14 jun. 2009.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. A atuação do enfermeiro na assistência prestada ao paciente submetido a cirurgia bariátrica. **Prática Hospitalar**, v. 8, n. 44, mar./abr. 2006.

Disponível em: <www.praticahospitalar.com.br/pratica%2044/pgs/materia%2015-44.html> Acesso em: 04 de fev. 2010.

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Assistência de Enfermagem no Pós-operatório para pacientes Submetidos a Cirurgia Bariátrica. **Prática Hospitalar**, v. 10, n. 55, jan./fev. 2008.

Disponível em: www.praticahospitalar.com.br/pratica%2055/pdf/mat%2023.pdf
Acesso em: 08 de abr. de 2010.

OBESIDADE: Reverter esse quadro é tarefa árdua. **Revista de saúde do RN**, Rio Grande do Norte, v. 1, n. 4, p. 15 – 21, set./out. 2008.

OLIVEIRA, Diego Nogueira Protásio Lopes de. “HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: Uma proposta antropológica; uma abordagem alternativa”. **Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3 – 5, out. 2003.

Disponível em: www.nead.unama.br/site/.../pdf%5Cartigos_revistas%5C141.pdf
Acesso em: 25 fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. FAO/WHO iniciam um relatório pericial sobre dieta alimentar, nutrição e prevenção de doenças crônicas. 2003.

Disponível em: who.int/nutrition/publications/pressrelease32_pt.pdf Acesso em: 02 fev. 2010.

PASTORIZA, Camila Antonello; GUIMARÃES, Solange Machado. Mudanças Positivas no Cotidiano dos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Redução de Estômago (Bariátrica). **Revista Enfermagem Atual**, v. 8,n. 45, p. 18 – 24, maio/jun. 2008.

PEREIRA, José Mearim; HELENE, Lúcia Maria Frazão. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 32 – 38 , jun. 2006.

Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/Reeducacao_alimentar.pdf
Acesso em: 13 mai. 2010.

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T. **Fisiologia do Exercício – Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho**. 5. ed. Barueri: Manole, p. 370 – 374, 2005.

ROMERO, Carla Eduarda Machado; ZANESCO, Angelina. O papel dos hormônios leptina e ghrelina na gênese da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 85 – 91, jan./fev., 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n1/28802.pdf> Acesso em 14 jun. 2009.

SALVE, Mariângela Gagliardi Caro. Obesidade e Peso corporal: riscos e consequências. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, v. 6, n. 8, p. 29 – 48, jan./jun. 2006.

SHILS, Maurice E. et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, p. 1493 – 1518, 2003.

SILVA, Yonara Marisa Pinto da; COSTA, Rosely Galvão; RIBEIRO, Ricarso Laino. Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica. **Saúde & Ambiente em revista**, Duque de Caxias, v. 3, n. 1, p. 01-15, jan.-jun. 2008.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 10. ed., v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

SOARES, Carla Cristiane; FALCÃO, Mário Cícero. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 22, n. 1, p. 59 – 64, 2007. Disponível em: <www.sbnpe.com.br/revista/V22-N1-69.pdf> Acesso em: 11 mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Projeto Diretrizes - Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental. p. 1 – 10, ago. 2005. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/5_volume/34-ObesTerap.pdf> Acesso em: 19 fev. 2010.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. Perfil dos Clientes que Receberam Orientações Sobre os Cuidados Perioperatórios. **Revista Enfermagem Atual**, v. 43, p. 34 – 37, 2008.

TANAKA, Denise Sposito. **O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período transoperatório**. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TANAKA, Denise Spósito; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 618 – 623, 2009.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

WANNMACHER, Lenita. **Obesidade: Evidências e fantasias**. Vol. 1, nº 3, Brasília, p. 1 – 6, fev. 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../HSE_URM_OBS_0204.pdf> Acesso em: 25 abr. 2010.

ZILBERSTEIN, Bruno; GALVÃO NETO, Manoel; RAMOS, Almino Cardoso. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, abr. 2002.

