



UNIVERSO
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE ESTÁGIO
NUTRIÇÃO CLÍNICA

BELO HORIZONTE

2022

UNIVERSO

Resumo

A obesidade possui uma etiologia multifatorial e difícil tratamento, principalmente entre os indivíduos acometidos pela obesidade do tipo III (mórbida). Neste contexto, a cirurgia bariátrica, dados os resultados satisfatórios alcançados, atua como meio mais eficaz de tratamento deste grupo. Vale ressaltar, porém, que a realização da cirurgia bariátrica não garante a completa resolução de alguns fatores desencadeantes da obesidade, tais como desordens no comportamento alimentar. Pacientes beliscadores, comedores de doces, comedores noturnos e/ou acometidos pela compulsão alimentar devem ser monitorados com mais rigor afim de alcançarem sucesso pós-cirúrgico, especialmente quanto à perda ponderal (SILVA e ARAÚJO, 2012, p. 135). O objetivo desse trabalho foi relatar o desenvolvimento de um atendimento nutricional, na Clínica Escola de Nutrição (UNICENUT), na Universidade Salgado de Oliveira, campus Belo Horizonte. Onde a paciente G.V.S., que já realizou a cirurgia bariátrica, tipo Bypass gástrico, há 11 anos, apresenta reganho de 75 % do peso perdido com o procedimento. O atendimento foi realizado pela acadêmica de nutrição J.S.R, com monitoramento da nutricionista A.B.T.C., preceptora da clínica. As etapas deste estudo precedem de anamnese, recordatório de 24 horas, avaliação antropométrica e estratégia alimentar afim de orientá-la sobre a reeducação alimentar necessária.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, obesidade, comportamento alimentar.

Introdução

O paciente que pretende ser submetido ao tratamento cirúrgico necessita compreender a dinâmica associada ao comportamento alimentar e desenvolver novos hábitos alimentares ainda na fase pré-operatória para minimizar a possibilidade de persistência de desordens alimentares, ou até mesmo o desenvolvimento de transtornos de cunho alimentar ou não, tais como: abuso no consumo de álcool, drogas e compulsão por compras; em compensação a desordem diagnóstica na fase pré-operatória, caso haja a impossibilidade em prosseguir com a mesma desordem após a realização da cirurgia bariátrica (SILVA e ARAÚJO, 2012, p. 135).

Indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, após perda de peso satisfatória, podem recuperar o peso caso voltem ou não mudem os hábitos alimentares errôneos e o sedentarismo. A recidiva pode ocorrer após ter a eliminação satisfatória

do excesso de peso ou mesmo antes disso, quando o tratamento em si não surtiu efeitos esperados e o paciente não obteve perda suficiente de peso. Este processo é percebido, mas muitos pacientes não procuram ajuda necessária com a equipe que o atendeu por inúmeros motivos, dentre eles o sentimento de fracasso diante da chance do emagrecimento efetivo tão esperado com a operação, que agora torna-se um pesadelo (CAMBI, MARCHESINI e BARETTA, 2014, p. 41)

Uma busca crescente por maior compreensão do comportamento alimentar individual ou de grupos populacionais tem sido constantemente observada na literatura. Este comportamento corresponde às atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, tais como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo ou próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si. Destaca-se que, para o melhor entendimento do tema, é indispensável aprofundar o conhecimento dos determinantes do comportamento alimentar, os quais incluem uma complexa gama de fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos (TORAL e SLATER, 2006, p.1641)

Diversos estudos ressaltam que o modelo transteórico pode ser considerado um instrumento promissor de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde (TORAL e SLATER, 2006, p.1641).

O modelo transteórico utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança provenientes das principais teorias de intervenção, o que explica o prefixo “trans” de sua nomenclatura. Frequentemente, é também modelo de estágios de mudanças de comportamento. De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la (TORAL e SLATER, 2006, p.1646).

Na pré-contemplação, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo ou não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo. Na contemplação, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental, isto é, pretende-se alterar o comportamento no futuro, mas ainda não foi estabelecido um prazo para tanto. O estágio da decisão, também é conhecido como preparação, pretende alterar seu

comportamento num futuro próximo, como no próximo mês, na próxima segunda-feira. O quarto estágio é a ação, corresponde àqueles que alteram de fato seu comportamento, suas experiências ou seu ambiente de modo a superar as barreiras antes percebidas. Trata-se de um estágio que exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas. Por último a manutenção, o indivíduo já modificou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses. O foco é prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação (TORAL e SLATER, 2006, p.1646).

Métodos

Anamnese

A anamnese usada foi fornecida pela UNICENUT e consiste em perguntas sobre a história familiar, história pregressa, medicação, funcionamento gastrointestinal, exames bioquímicos recentes (não foram apresentados pela paciente), hábitos de atividade física, história alimentar, ingestão hídrica e o recordatório de 24h, para que a conduta nutricional seja definida.

Paciente informou ter realizado cirurgia bariátrica há 11 anos. Na época ela pesava 150 quilos e após o procedimento emagreceu 70 kg, chegando a pesar 80 kg.

No entanto no dia da consulta em 09 de novembro de 2022, o peso da paciente era de 133,6 kg e sua altura é de 1,70 m, sendo assim o Índice de Massa Corporal (IMC) é de 46, 22 (Obesidade grau III).

Recordatório 24 horas

O recordatório 24 horas consiste na obtenção de informações verbais sobre a ingestão alimentar das últimas 24 horas anteriores às consultas, com dados sobre os alimentos e bebidas atualmente consumidos, inclusive o preparo e informações sobre peso e tamanho das porções, em gramas, mililitros ou medidas caseiras (BUENO e CZEPIELEWSLI,2010, p.67).

A paciente G.V.S. relatou que não possui horários regulares para fazer as refeições e seu consumo também depende do dia, pois muda nos fins de semana. O recordatório relatado para em relação ao dia 08 de novembro de 2022 foi o seguinte:

07:00 - Café da manhã

1 Xícara de café com açúcar (300 ml)
1 torrada com 1 ponta de faca de manteiga e 1 colher de sopa de patê de frango

1 Fatia de pão de forma integral com 1 ponta de faca de manteiga e 1 colher de sopa de patê de frango

12:00 – Almoço

1 Prato de sobremesa cheio de purê de batata

3 Pedacos grandes de pescoço de peru

18:30 - Lanche (mesmo do café da manhã)

1 Xícara de café com açúcar (300 ml)

1 torrada com 1 ponta de faca de manteiga e 1 colher de sopa de patê de frango

1 Fatia de pão de forma integral com 1 ponta de faca de manteiga e 1 colher de sopa de patê de frango

21:00 – Jantar

2 Pedacos grandes de pescoço de peru

1 Laranja

O consumo informado foi de 1.530 kcal, sendo 28,6 % de proteína, 33,7% de carboidrato e 37,8 % de lipídios.

Uma informação muito relevante passada pela paciente foi o alto consumo de bebida alcóolica nos fins de semana, em média 10 drinks de gin de 350 ml cada, total de 3,5 L, o que representa cerca de 7.000 kcal.

Avaliação Bioquímica

A paciente não apresentou exames, informou que já devia ter retornado ao médico para fazer exames para verificar cálcio, vitamina B12, entre outras vitaminas e minerais, necessários para o paciente que fez bariátrica.

Antropometria, Cálculos Energéticos e Distribuição de macronutrientes

O diagnóstico nutricional da paciente avaliada é de obesidade grau III, onde ela apresentou um IMC de 46,22. Foi aferido peso, altura e circunferências de pescoço, braço, peitoral, cintura, abdômen, coxas e panturrilhas.

Conforme dados antropométricos Peso atual 133,6 Kg e Altura de 1,70m. O programa utilizado foi o Dietbox e o protocolo a FAO/OMS 2001, que calculou a TMB de 2.400 Kcal/dia.

Conforme orientação da preceptora, apesar da obesidade mórbida, é preciso respeitar a TMB da paciente, portanto o plano alimentar foi baseado no valor informado acima.

Plano alimentar

O plano alimentar elaborado e aprovado pela preceptora foi de 2.386,42 kcal/dia e sua distribuição foi de 24,91 % de proteína, 47,78 % de carboidrato e 27,31 % de lipídios e foi o seguinte:

07:00 - Café da manhã

1 Xícara de café com açúcar (300 ml) [ou Chá \(preto, mate, erva doce\)](#)

2 Fatias de pão de forma integral (44 g) [ou 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma branco](#)

2 Ovos mexidos (94 g) [ou 4 colheres de sopa de frango desfiado ou 2 ovos cozidos](#)

1 Fatia fina de queijo minas - meia cura (10 g) [ou 1 Colher de sobremesa requeijão light ou outro queijo](#)

1 Taça de mamão picado (165 g) [ou Manga ou uva ou maçã ou pera](#)

1 Colher de sobremesa de Psyllium (10 g)

10:30 – Colação

1 Pote de iogurte natural (170 g) [ou 1 Copo de leite de 240 + 2 Colheres de leite em pó](#)

1 Colher de sopa de farelo de aveia (15 g)

1 Colheres de servir de manga picada (45 g) [ou mamão ou uva ou maçã](#)

1 Colher de sopa de semente de girassol (8g) [ou semente de abóbora](#)

12:30 – Almoço

2 Colheres de servir de arroz branco (90 g) ou arroz integral ou 1 escumadeira de macarrão alho e óleo

1 Colher de servir de feijão (48 g) ou lentilha ou grão de bico

1 Bife grelhado de contrafilé (150 g) ou filé de frango ou de peixe ou suíno

1 Colher de servir de quiabo cozido (80 g) ou vagem ou chuchu

2 Pegadores de almeirão cru picado (50 g) ou couve ou alface ou acelga

4 Fatias grandes de tomate (120 g) ou tomate cereja ou pepino ou rabanete

1 Colher de chá de azeite de oliva extra virgem (2 ml)

1 Laranja pequena (90 g) ou fatia de melancia ou fatia de melão ou 1 kiwi

16:00 – Lanche da tarde

1 Copo de leite desnatado (240 ml) + 2 colheres de leite em pó desnatado ou 1 pote de iogurte 170 g

1 Banana média (75 g) ou caqui ou ameixa ou uva ou morango

2 Colheres de sopa de farelo de aveia (15 g) ou linhaça ou chia

18:30 – Pré- treino

1 Unidade de tapioca (50 g) ou 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma

2 Colheres de sopa de frango desfiado (40 g) ou carne cozida desfiada ou carne moída ou atum

1 Copo americano de água de coco (150 ml) ou Limonada

1 banana pequena (42 g) ou 6 morangos ou 8 uvas

1 colher de café de canela em pó

21:00 – Jantar (pós-treino)

1 Unidade de pão tipo tortilha integral (40 g) ou 2 fatias de pão de forma integral ou 4 torradas integrais

4 Colheres de sopa de atum conservado em óleo (80 g) ou 4 colheres de sopa de frango desfiado ou 4 colheres de sopa de carne cozida desfiada

3 Folhas de alface americana (15 g) ou alface (lisa, crespa, roxa) ou almeirão

1 Colher de servir de pepino fatiado (50 g) ou nabo ou cenoura crua ralada ou beterraba crua ralada

2 Ovos de galinha cozido (45 g) ou mexido

1 Copo médio de suco de uva integral (200 ml) ou Suco de beterraba ou suco de amora ou de morango

1 Ameixa (42 g) ou uva ou pera ou maçã ou jaboticaba

Orientações nutricionais

Também foram prescritas orientações nutricionais para a paciente, que foram as seguintes:

- Procure se alimentar em ambiente tranquilo, sem assistir televisão ou usar o celular.
- Coma devagar, mastigue bem os alimentos.
- Prefira carnes cozidas, grelhadas ou assadas.
- Na sobremesa, opte por uma fruta.
- Faça sempre lanches no meio da manhã e no meio da tarde, para não chegar na refeição principal com tanta fome.
- Planeje suas refeições com antecedência.
- Consuma peixe pelo menos 1 vez por semana
- Evite preparar os ovos fritos, prefira mexidos com um fio de azeite, cozidos ou omelete
- Recomendação hídrica – 4 litros/dia
- Determine horários fixos para realizar as refeições.
- E foram disponibilizadas lâminas sobre: Balanço energético semana X fim de semana, valor calórico das bebidas alcólicas consumidas pela paciente, como estimular a saciedade, fontes de cálcio vegetal, fome x vontade de comer e medidas caseiras – colheres e conchas.

Conclusão

Conforme mencionado na introdução existem cinco estágios no modelo transteórico e no momento a paciente encontra-se no 3º estágio, a preparação.

O atendimento relatado demonstra que a cirurgia bariátrica não é uma solução definitiva e assim como descrito no artigo de SILVA e ARAÚJO, 2012, é comum que após o procedimento alguns pacientes recorram ao consumo excessivo de álcool, como foi o caso desta paciente.

Contudo, o fato de a paciente procurar novamente atendimento nutricional, afim de emagrecer de forma saudável, através de um plano alimentar

equilibrado e individualizado, mostra que está disposta a iniciar uma reeducação alimentar, sabendo que a cirurgia não é mais uma opção.

A paciente foi muito receptiva ao receber o plano alimentar e espera-se que faça as mudanças de hábito necessárias e passe para o próximo estágio, a ação.

Referência

SILVA, Mariana O.; ARAÚJO, Mariana S.M.; **Desordens no comportamento alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relação e Implicações**. Brasília: Com. Ciências Saúde, 2012.

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth; **Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar**. São Paulo: Ciênc. Saúde coletiva, 2007.

CAMBI, Maria Paula C., MARCHESINI, Simone D.; Ana Maria; BARETTA, Giorgio A. P.; **Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio**. Curitiba: ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. 2015, 2020.

BUENO, Aline L.; CZEPIELEWSKI, Mauro A.; **O recordatório de 24 h como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo, vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura**. Rev. Nutr. ,2010.