

**ANÁLISE DA EVASÃO DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES PÓS-BARIÁTRICOS DO DISTRITO FEDERAL-BRASIL**Sara Victoria Pereira Mendes<sup>1</sup>, Francineia Soares da Silva<sup>1</sup>, Dayanne da Costa Maynard<sup>1</sup>**RESUMO**

Introdução: A obesidade é uma condição patológica caracterizada pelo excesso de tecido adiposo em um indivíduo e que pode ser um fator contribuinte para o aparecimento de danos à saúde. A intervenção cirúrgica para esta patologia é a cirurgia bariátrica e metabólica que, além de proporcionar reduções significativas no peso, também propicia alterações hormonais benéficas. Levando em consideração todas as mudanças ocasionadas, a predisposição a deficiências nutricionais, a necessidade de mudança no estilo de vida e a possibilidade de recuperação de peso, objetiva-se com este estudo avaliar a evasão do acompanhamento nutricional em pacientes pós-bariátricos do Distrito Federal, uma vez que se observa o profissional nutricionista como instrumento indispensável nos reparos pós-operatórios. Materiais e Métodos: Estudo observacional, quantitativo e transversal. Os dados foram coletados de 106 adultos, moradores do Distrito Federal, que foram submetidos a cirurgia bariátrica independente da técnica utilizada, por meio de formulário eletrônico com o intuito de colher informações sobre a renda, as condições clínicas, realização de acompanhamento nutricional, o consumo alimentar e a semiologia. Resultados e discussão: Os resultados mostraram vantagens no estado nutricional e na qualidade de vida dos pacientes bem como no padrão alimentar, porém, também foram observados sinais e sintomas certamente advindos das transformações metabólicas. Conclusão: Por fim, frente aos dados e as possibilidades de deficiências de nutrientes, da não adequação de hábitos à nova realidade e da própria volta do peso subtraído fica evidenciada a importância do acompanhamento nutricional para esse público.

**Palavras-chave:** Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Apoio Nutricional. Pacientes desistentes do tratamento. Deficiência Nutricional.

1 - Curso de Nutrição, Centro Universitário de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

**ABSTRACT**

Analysis of nutritional follow-up evasion of post-bariatric patients in the Federal District-Brazil

Obesity is a pathological condition characterized by excess adipose tissue in an individual and that can be a contributing factor to the appearance of health damage. The surgical intervention for this pathology is bariatric and metabolic surgery, which, in addition to providing significant reductions in weight, also provides metabolic hormonal changes. Taking into account all the changes caused, the predisposition to nutritional deficiencies, the need for a change in lifestyle and the possibility of weight recovery, the objective of this study is to evaluate the evasion of nutritional monitoring in post-bariatric patients in the Federal District, since the professional nutritionist is seen as an indispensable instrument in postoperative care. This is an observational, quantitative and cross-sectional study. Data were collected from 106 adults, residents of the Federal District, who underwent bariatric surgery regardless of the technique used, using an electronic form in order to collect information on income, clinical conditions, nutritional monitoring, consumption food and semiology. The results showed advantages in the nutritional status and quality of life of the patients, as well as in the dietary pattern, however, signs and symptoms certainly arising from metabolic transformations were also observed. Finally, given the data and the possibilities of nutrient deficiencies, the non-adaptation of habits to the new reality and the return of lost weight, the importance of nutritional monitoring for this public is evident.

**Key words:** Obesity. Bariatric Surgery. Nutritional Support. Patient Dropouts. Deficiency Diseases.

E-mail dos autores:  
sarinhamendeas@gmail.com  
francineia.silva@outlook.com  
day\_nut@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), a obesidade é uma condição patológica caracterizada pela presença demasiada de tecido adiposo em um indivíduo e que pode colaborar para o aparecimento de agravos na saúde dele.

Além disso, é possível dizer que a obesidade é decorrente da interação de fatores genéticos, endócrinos, inflamatórios, da microbiota intestinal, ambientais e da relação que o indivíduo possui com o alimento, e que todos estes aspectos influem para que ocorra um superávit calórico, ou seja, um consumo energético maior do que o gasto (Melo, Mancini, 2017).

Proporcional ao aumento de gordura corporal estão as chances do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiovasculares, hipertensão, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, depressão e cânceres (Abbade, 2021).

No que concerne a prevalência, a obesidade já atinge um bilhão de pessoas no mundo, 33,01% da população do Brasil e 37,24% no Distrito Federal (OMS, 2022; SISVAN, 2021).

A cirurgia bariátrica e metabólica (CBM) é o tratamento cirúrgico para a obesidade grave, inicialmente era chamada apenas de cirurgia bariátrica, pois relacionavam-na unicamente à perda de peso (Pajecki, 2022).

Esse conceito de cirurgia metabólica foi incorporado após estudos científicos evidenciarem que a cirurgia promove alterações hormonais benéficas ao paciente além da perda de peso, como o controle do diabetes, hipercolesterolemia, hiperuricemia e hipertensão arterial (SBCBM, 2017).

O procedimento mais utilizado no Brasil e no mundo é classificado como técnica mista, padrão ouro que consiste em diminuir o tamanho do estômago restringindo sua capacidade e possui um curto desvio do intestino provocando uma discreta má absorção. É conhecida como cirurgia de bypass gástrico ou cirurgia de Fobi-capella.

As indicações para o tratamento cirúrgico são para pessoas cujo IMC > 50 Kg/m<sup>2</sup>, IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidades e IMC > 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidades (diabetes mellitus e/ou HAS, apneia do sono, alto risco cardiovascular, doenças articulares degenerativas) que não

tenham tido sucesso no tratamento clínico longitudinal de perda de peso por pelo menos dois anos e tenham seguido protocolos clínicos, pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> podem ser submetidos desde que possuam comorbidade que algum médico com especialidade na patologia em questão a classifique como grave. Destaca-se ainda a necessidade do IMC se encontrar estático por, no mínimo, dois anos (Brasil, 2013; SBCBM, 2017).

Quanto à faixa etária, pacientes abaixo de 16 anos só podem ser operados em casos de avaliação de riscos por mais de um cirurgião e por equipe multidisciplinar com decisão harmoniosa, além de consentimento do responsável do menor.

Após os 16 até a chegada da maioria é possível a execução quando houver indicação e consentimento do responsável, para os idosos (> 65 anos) é imprescindível que a equipe composta por profissionais de diversas especialidades considere os riscos e os benefícios (SBCBM, 2017).

Em 2019 foram realizadas no Brasil o total de 68.530 CBM que correspondem a 0,5% da população com obesidade grave, sendo 52.699 por planos de saúde, 12.568 pelo SUS e 3.263 particulares (SBCBM, 2020).

Nos anos seguintes, houve uma queda no número de procedimentos cirúrgicos devido a pandemia de COVID-19, no SUS a queda foi de 81,7% considerando os anos de 2019 a 2021 (G1, 2022) e na saúde suplementar a queda foi de meramente 11,9%, de 2019 a 2020 (ANS, 2020).

No contexto da pandemia, a obesidade foi considerada um fator de risco para o agravamento da COVID-19, assim, em 2021 o Ministério da Saúde classificou a CBM como um procedimento eletivo essencial que deveria ser priorizado na saúde pública e suplementar (Ministério da Saúde, 2021; SBCBM, 2021).

São inúmeras implicações nutricionais no pós-operatório, dado que ocorre uma redução gástrica, isto é, a diminuição do estômago, a quantidade de calorias ingerida precisa ser consideravelmente menor, chegando a 50% das necessidades nutricionais do paciente, tornando então a suplementação indispensável e de necessidade imediata, além de uma maior atenção profissional às quantidades consumidas.

Em relação ao procedimento realizado por técnica combinada, a ocorrência de

distúrbios nutricionais e eletrolíticos é de 17%, além de maior probabilidade do baixo consumo de proteínas, que resulta em uma perda de massa muscular não interessante para o momento de perda de peso podendo contribuir para o reganho em um período posterior.

Já nos procedimentos restritivos há uma diminuição do fator intrínseco (Silva, Kelly 2013), este é participante do processo de absorção da vitamina B12 e sua redução, portanto, favorece a deficiência (Toninello e colaboradores, 2021).

Levando em consideração a predisposição a deficiências nutricionais, a possibilidade do reganho de peso, as alterações hormonais e a necessidade de mudança do estilo de vida após passar pela bariátrica, se torna imprescindível a intervenção nutricional com o intuito de reparar os impactos cirúrgicos, promover saúde, prestar educação alimentar e nutricional e minimizar as chances do paciente retornar ao estado de obesidade.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a adesão do acompanhamento nutricional em pacientes pós-bariátricos do DF.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Amostra e delineamento do estudo

Participaram deste estudo indivíduos residentes no DF, submetidos, há pelo menos seis meses, ao procedimento de cirurgia bariátrica sem levar em conta a técnica utilizada.

Estavam incluídos indivíduos que foram submetidos ao procedimento de cirurgia bariátrica há pelo menos seis meses, independente da técnica utilizada, que aceitaram as condições do TCLE e residem no Distrito Federal. Estiveram excluídos do estudo pacientes que não se apresentaram de acordo com as condições do TCLE ou que não responderam ao questionário solicitado.

Foi realizado um estudo observacional, quantitativo e transversal. O grupo de participantes foi de indivíduos adultos que passaram pela cirurgia bariátrica há pelo menos seis meses da data de preenchimento do formulário e que decidiram, por livre e espontânea vontade, participar do estudo. O convite para a colaboração foi enviado por meio de plataformas eletrônicas em companhia do link de acesso às demais etapas.

Adiante, os interessados foram direcionados ao recurso tecnológico

Formulários Google onde estavam disponíveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as informações necessárias para o prosseguimento. Apenas após concordar com as considerações, o questionário de coleta de dados se encontrou disponível.

Para fins de coleta de dados, o instrumento utilizado foi um questionário elaborado pelas pesquisadoras com o intuito de coletar informações sobre dados sociodemográficos, dados clínicos, acompanhamento nutricional, dados dietéticos e semiologia.

O questionário ficou disponível pelo período de trinta dias. Estiveram desconsiderados inquéritos recebidos sem declaração de aceite do TCLE bem como aqueles cujos respondentes haviam passado pelo procedimento cirúrgico em período inferior ao estipulado como critério de inclusão. Após o período estipulado para a arrecadação de informações, estas foram apuradas e correlacionadas a literatura.

### Análise de dados

Os dados coletados foram analisados por meio do Formulários Google (Google Forms). Com as respostas obtidas foi montado uma planilha no Excel Office 365 para somar e classificá-los individualmente. Depois dos dados compilados, eles foram analisados utilizando o software SPSS (versão 21).

### Considerações éticas

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética com o número de parecer 5.662.870 e assinatura dos participantes do TCLE.

Na execução e divulgação dos resultados será garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resultados apresentados na Tabela 1 é possível visualizar que o acompanhamento nutricional pré-cirúrgico foi realizado por 89,6% dos participantes, enquanto 10,4% relataram não ter feito o acompanhamento.

No pós-cirúrgico 53,8% continuaram com as consultas nutricionais apenas quando a

cirurgia ainda estava recente, 44,3% seguem com a assistência de um nutricionista e 10,3% acreditavam não haver mais necessidade de acompanhamento nutricional.

Quanto à motivação, a principal foi por questões financeiras e outros (44,8% para ambos). O padrão alimentar de 81,1% foi considerado melhor que antes, em contrapartida 12,3% adquiriram hábitos alimentares piores.

**Tabela 1** - Adesão ao acompanhamento nutricional pré e pós-cirúrgico dos pacientes participantes, Brasília - DF, 2022.

			n	%
Acompanhamento nutricional pré-cirúrgico		Sim	95	89,6%
		Não	11	10,4%
Acompanhamento nutricional pós-cirúrgico		sim, faço até hoje	47	44,3%
		sim, mas apenas quando a cirurgia estava recente	57	53,8%
		não realizei	2	1,9%
Motivação de não realizar acompanhamento no pós:		acreditam não ter mais necessidade	3	10,3%
		Motivos financeiros	13	44,8%
		outros	13	44,8%
Padrão de alimentação após a cirurgia		sim, permaneceu	7	6,6%
		Não permaneceu, considero que agora me alimento melhor	86	81,1%
		Não permaneceu, considero que agora me alimento "pior"	13	12,3%

O tratamento bariátrico perpassa por algumas fases e em todas elas fica evidenciada a necessidade de um profissional nutricionista.

É imprescindível que os pacientes adquiram informações que os permitam compreender os procedimentos realizados e as consequências esperadas.

Além disso, é importante que os nutricionistas destaquem a relevância da boa disposição psicológica e física para o tratamento contínuo, conscientizem os candidatos de que a CBM descontinuada de cuidados pós-operatórios não garante a redução de peso de forma permanente e capacitem quanto às circunstâncias tentadoras que poderão surgir.

Ainda anteriormente ao procedimento cirúrgico, é interessante a aplicação de educação alimentar e nutricional, atribuindo aos candidatos a aptidão de adquirir e confeccionar os ingredientes de suas refeições favorecendo o curso da reeducação alimentar (Kostecka, Bojanowska, 2017).

No mesmo estudo, Kostecka, Bojanowska, (2017) expõem a relação direta

entre apoio nutricional, risco de retorno aos costumes alimentares antigos e manifestação de melhores condições de vida.

A individualidade biológica e as inúmeras possibilidades de intervenções nutricionais decorrentes de demandas pós cirúrgicas específicas apontam ainda para a necessidade da personalização dos planos alimentares realizada pelo profissional da saúde com essa competência.

De forma concomitante, as observações sobre aspectos relevantes de âmbito cultural, financeiro e preferencial precisam ser abordadas com o intuito de amenizar as mudanças em ocorrência.

Garg e colaboradores (2016) desenvolveram uma análise retrospectiva em um banco de dados prospectivo e puderam comparar humanos com níveis elevados de obesidade, anteriormente e posteriormente ao procedimento, sendo alguns desses acompanhados por cirurgião (n=302) e outros acompanhados por cirurgião e nutricionista (n=268).

As visitas aconteceram na segunda ou sexta semana de recuperação e no terceiro, sexto e décimo segundo mês para ambas as abordagens analisadas.

Os pacientes haviam passado pela mesma triagem, remetidos a idênticos exames bioquímicos e orientados igualmente a subtrair 10% do peso antes do tratamento. Além disso, a média de idade foi a mesma entre os grupos e a quantidade de homens e mulheres, bem como a de diabéticos, foi distribuída de forma equivalente.

Como conclusão do estudo, obtiveram mais vantagens aqueles que passaram pelo tratamento combinado, pois observou-se queda no retorno aos hospitais para fins de

internação e melhores resultados nos parâmetros laboratoriais.

Por fim os autores propõem a inserção dos nutricionistas no transcurso e sugerem que estes fomentem costumes mais profícuos, dado que as cautelas conseguintes influenciam o êxito do recurso terapêutico.

Quanto ao tempo de cirurgia, 70,8% tinham mais de 2 anos de cirurgia e 77,4% realizaram a cirurgia com a técnica bypass em Y de Roux.

O procedimento foi realizado majoritariamente por meio de planos de saúde (85,7%), particular e SUS corresponderam a 8,6% e 5,7% respectivamente (Tabela 2).

**Tabela 2 - Tempo pós-cirúrgico e o meio utilizado para realização do procedimento, Brasília - DF, 2022.**

	n	%	
Tempo de cirurgia	entre 6 meses e 1 ano	10	9,4%
	entre 1 ano e 1 ano 6 meses	11	10,4%
	entre 1 ano e 6 meses e 2 anos	10	9,4%
	mais de dois anos	75	70,8%
Técnica cirúrgica	Bypass em Y de Roux	82	77,4%
	Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa	22	20,8%
	Banda gástrica ajustável	0	0,0%
	Duodenal switch	1	0,9%
	Não sei	1	0,9%
Meio para realizar a cirurgia:	Particular	9	8,6%
	Plano de saúde	90	85,7%
	SUS	6	5,7%

Endevelt e colaboradores (2013) em um estudo de coorte retrospectivo de adultos com obesidade grave submetidos à cirurgia bariátrica e acompanhados entre os anos de 2006 e 2010 (n=1680) em Maccabi Healthcare Service - Israel demonstraram que os pacientes que tiveram acompanhamento nutricional foram significativamente associados a uma redução do IMC em qualquer nível e pelo menos 5% do IMC inicial.

Em contrapartida, os pacientes que não compareciam às consultas foram relacionados a uma menor perda de peso e complicações pós-operatórias.

Dados mostraram que antes da cirurgia bariátrica havia a preponderância de 68,9% com a classificação do IMC em obesidade grau 3, 28,3% em obesidade grau 2 e apenas 1,9% se encontravam em obesidade grau 1.

Após a cirurgia bariátrica a maioria dos avaliados possuíam IMC atual correspondente a 34,9% como sobrepeso, 32,1% estavam em eutrofia e 23,6% em obesidade grau I, conforme Tabela 3.

Um dado foi desconsiderado, pois o participante não informou o seu peso antes de realizar o procedimento cirúrgico.

**Tabela 3** - Classificação do estado nutricional dos participantes no pré e pós-operatório, Brasília - DF, 2022.

		n	%
Classificação do IMC pré cirúrgico	obesidade grau 1	2	1,9%
	obesidade grau 2	30	28,3%
	obesidade grau 3	73	68,9%
	magreza grau 3	1	0,9%
	eutrofia	34	32,1%
Classificação do IMC atual	sobrepeso	37	34,9%
	obesidade grau 1	25	23,6%
	obesidade grau 2	6	5,7%
	obesidade grau 3	3	2,8%

Em outro estudo de coorte retrospectivo, no banco de dados IQVIA Medical Research Data (IMRD) UK que contém os registros médicos eletrônicos de mais de 15 milhões de pacientes do Reino Unido, foram selecionados 3.137 participantes adultos a partir de dois anos de pós-operatório com exames de sangue para triagem nutricional, aferição de peso e prescrição de suplementos nutricionais recomendados pela BOMSS (British Obesity and Metabolic Surgery Society), Parretti e colaboradores (2021) sugerem que os pacientes não estão recebendo acompanhamento nutricional de longo prazo e enfatizam que sem o acompanhamento adequado há o risco a longo prazo de deficiências nutricionais significativas e ganho de peso; o acompanhamento nutricional e o controle de peso anual ao longo da vida devem ser compartilhados entre a atenção básica e especialistas bariátricos, segundo recomendação de diretrizes clínicas pós-bariátrica.

Corroborando com os estudos citados anteriormente, Dendasck e colaboradores (2021) relataram que a frequência de consultas para acompanhamento nutricional é um fator decisivo para o sucesso da cirurgia, visto que tais indivíduos têm uma maior perda de excesso de peso após o procedimento cirúrgico.

Também descrevem que apenas 33,3% dos pacientes pós-bariátricos adquirem novos hábitos alimentares e que 63% permanecem com os mesmos hábitos alimentares, reforçando a importância do nutricionista na educação alimentar e nutricional no pré e pós-operatório.

Houve um resultado que se diferenciou dos demais, uma vez que um dos participantes no momento da pesquisa apresentou a classificação magreza 3 pelo IMC, a respeito

dessa temática Brode e Mitchell (2019) asseguram que, taxas de problemas e transtornos alimentares (TAs) são elevadas em candidatos a CMB quando comparados à população geral, pois sofrem com estigma alusivo ao peso de outras pessoas, se concentram mais em seu peso e forma favorecendo o aumento da sintomatologia de TAs.

Outrossim, os autores referem que apesar de menos comum está sendo validado que um subgrupo de pacientes são diagnosticados com TAs tradicionais como anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa após a cirurgia bariátrica, apresentando-se para tratamento com baixo IMC e comorbidades importantes ou com IMC que não está criticamente baixo contudo atendem a outros critérios de AN atuais, que não impõem o baixo peso corporal.

À vista disso, Pereira, Barcelos e Manochio-Pina (2021) similarmente encontraram dados de anorexia e bulimia nervosa em seu trabalho e chegaram a conclusão de que a incidência de TAs é alta e não desaparecem apenas com a cirurgia sendo necessário acompanhamento multidisciplinar para a obtenção de sucesso.

O total de 50,9% dos participantes acreditam que o atual padrão alimentar supre todas as suas necessidades nutricionais. Com relação à síndrome de dumping 67,9% tiveram algumas vezes e 22,6% têm com frequência.

A compensação com outras coisas prazerosas foi referida por 51,9% dos participantes e apenas 32,1% gostariam de comer mais do que o que conseguem (Tabela 4).

Além disso, houve interferência na velocidade de mastigação dos questionados, pois apenas 3,8% consideram a mastigação atual como muito rápida à medida que, ao

considerar o período anterior a operação, o quantitativo era de 55,7%.

Respondendo ao questionamento de alimentos que os bariátricos não conseguem

mais consumir os com alto teor de carboidratos e de lipídios foram citados, atingindo 23,6% e 17,9%, nesta ordem.

**Tabela 4 - Momentos de atividades compensatórias, episódios de síndrome de dumping e percepção da alimentação atual dos participantes. Brasília - DF, 2022.**

		n	%
Momentos que gostaria de comer mais, porém não conseguia:	tenho com frequência	34	32,1%
	raramente tenho	65	61,3%
	nunca tive	7	6,6%
Momentos de compensação com outras coisas prazerosas:	Sim	55	51,9%
	Não	51	48,1%
	não sei o que é	2	1,9%
Síndrome de dumping:	sim, tive algumas vezes	72	67,9%
	sim, tenho com frequência	24	22,6%
	nunca tive	8	7,5%
Você acredita que sua alimentação atual é suficiente para suprir as suas necessidades nutricionais?	Sim	54	50,9%
	Não	52	49,1%

A síndrome de dumping é descrita como sinais decorrentes da rápida passagem de água para o espaço intestinal e do desbloqueio de hormônios intestinais, a ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas está associada.

É possível que estes sinais sejam percebidos logo após a refeição, em aproximadamente 15 minutos, sendo classificados como precoce ou como tardio quando acontece entre 60 e 180 minutos após.

O dumping precoce é o mais popular, representando 40% em pacientes sujeitos às técnicas de bypass gástrico em Y de Roux e Sleeve gástrico, à proporção que o dumping tardio representa 25%.

Tendo em consideração a fragmentação do estômago e alterações hormonais é possível desvendar a saciedade antecipada. Depois, é percebida maior sensibilidade e menor favoritismo a alimentos doces (carboidratos) e aos ricos em lipídios, fatos estes que podem estar atrelados com uma cautela consciente desencadeada pelo receio das reações posteriores ao consumo destes grupos alimentares (Belligoli e colaboradores, 2020).

Em consonância com os autores anteriormente citados, observadas pessoas de renda familiar de até dois mil e novecentos reais (Infomoney, 2022), pertencentes às classes D e E, Rolim e colaboradores (2018) puderam por meio de estudo longitudinal, retrospectivo e

descritivo quantificar pacientes levando em consideração perda e ganho de peso, IMC e qualidade de vida com pesquisas no vigésimo quarto mês e décimo anos após a cirurgia.

Obtendo os resultados de 88,1% de indivíduos não frequentastes de consultas com nutricionista e redução de IMC e de peso quando comparados os números do pré-operatório com o pós de vinte e quatro meses.

Porém, quando comparadas às respostas do período de vinte e quatro meses com os dez anos, elevaram-se os Índices de Massa Corporal e os pesos.

Em função dos achados da pesquisa, foram associados os cuidados dos pós impreteríveis para conter alterações metabólicas malélicas e a participação, mais uma vez, do profissional nutricionista no resultado do tratamento mediado pela intervenção cirúrgica. Por fim, os custos elevados do tratamento também foram citados.

Foram avaliadas as respostas de 106 participantes com predominância de mulheres, que corresponderam a 96,2% enquanto homens representaram apenas 3,8% da amostra com idade média de 36 anos (desvio padrão = 8).

A renda de 48,1% do público-alvo foi de 1 a 3 salários-mínimos, 28,3% tinham ganhos de 4 a 6 salários-mínimos e um percentual de 5,7% não possuíam renda ou ganhavam menos de um salário-mínimo (Tabela 5).

**Tabela 5** - Dados socioeconômicos dos participantes pós-bariátricos, Brasília-DF, 2022.

		n	%
Sexo	Feminino	102	96,2%
	Masculino	4	3,8%
	Não possui renda	6	5,7%
Renda	Menos de 1 salário-mínimo	6	5,7%
	De 1 a 3 salários-mínimos	51	48,1%
	De 4 a 6 salários-mínimos	30	28,3%
	De 7 a 9 salários-mínimos	7	6,6%
	De 10 a 12 salários-mínimos	5	4,7%
	Mais de 12 salários-mínimos	1	0,9%

Ao analisar artigos nacionais e internacionais em uma revisão de literatura foi constatada prevalência de mais de 60% de mulheres que foram submetidas a cirurgia bariátrica impulsionadas principalmente por dois fatores: forte motivação estética, pois à mulher é exigido um padrão de corpo mais magro para serem consideradas “normais” muito mais que os homens, desenvolvendo, assim, componentes emocionais consideráveis relacionados à comida; e a predisposição da obesidade para alguns tipos de câncer como o de mama e de endométrio, ovários policísticos e infertilidade (Silva, 2021).

Um outro estudo transversal, descritivo e analítico realizado em um hospital universitário em Belém do Pará buscou avaliar o ganho de peso, satisfação com a imagem corporal e qualidade de vida em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia (n=45) e constataram uma recidiva de peso em 50% das participantes, a qualidade de vida na perspectiva emocional apresentou-se pior em relação à óptica física e foi considerada satisfatória a percepção de satisfação e auto imagem, apontando necessidade de acompanhamento nutricional e psicológico como parte do atendimento multidisciplinar à longo prazo dessas pacientes para melhores resultados e adaptação à vida pós-bariátrica (Diniz, Fernandes, Gomes, 2022).

Quanto à qualidade de vida pós-procedimento, Campos e colaboradores (2020) em uma revisão sistemática, encontraram evidências de que a CBM está associada a perda de peso a longo prazo, aumento da expectativa de vida e remissão de doenças pré-cirúrgicas, independente da técnica utilizada, implicando no restabelecimento da qualidade de vida dos pacientes nos aspectos físicos, psicológicos e, principalmente, no aspecto fisiológico.

Reforçando tais achados, Tedesco e colaboradores (2016) avaliaram algumas alterações bioquímicas em prontuários de pacientes pré e pós-bariátricos em uma clínica particular na cidade de Curitiba-PR, Brasil (n=29) e foi observado progresso no perfil lipídico (colesterol total, triglicerídeos e LDL-c) e diminuição da proteína C reativa (menos inflamação) resultando em melhoria na resistência à insulina, maior controle metabólico e redução da adiposidade diminuindo os riscos cardiovasculares, porém foram encontradas deficiências de vitamina B12 e ácido fólico. Os autores também relatam que a maior parte dos pacientes do estudo eram mulheres (n=26).

Ainda nesse sentido Tae e colaboradores (2014) relataram que a atenuação de sintomatologias psiquiátricas, tais como depressão, ansiedade e bulimia, redução de substâncias psicoativas foram observadas após o tratamento cirúrgico da obesidade.

Dentre as queixas e doenças presentes nos pacientes antes que estes fossem submetidos a CBM destacam-se apnéia (24,9%), hipertensão (24,3%), dor no estômago e pirose eventual (23,1% cada).

Já os sinais, sintomas e patologias mais relatados depois do procedimento cirúrgico foram: queda de cabelo (18,7%), deficiência de vitamina D (12,6%), deficiência de vitamina B12 (11,2%), unhas fracas e quebradiças (10,4%), excesso de gases (9,7%) e anemia (7,9%) (Tabela 6).

Na coleta de dados, os participantes puderam relatar mais de um sinal, sintoma e/ou patologias, justificando então o (n) maior do que o número de respondentes.

Cabe mencionar que, tanto para as queixas gastrointestinais quanto para os sintomas e patologias prévias ocorreram melhoras significativas, sendo 76,4% para esta,

seguindo o critério de um ano de cirurgia e 92,5% para aquelas sem critérios temporais estipulados.

**Tabela 6 - Sinais, sintomas e patologias diagnosticadas nos participantes, Brasília - DF, 2022.**

	n	%	
queda de cabelo	85	18,7%	
palidez	12	2,6%	
deficiência de vitamina D	57	12,6%	
diarreia	19	4,2%	
fadiga	18	4,0%	
perda de apetite	13	2,9%	
dificuldade na cicatrização	5	1,1%	
constipação	11	2,4%	
dermatite	4	0,9%	
Diagnóstico sinais, sintomas e patologias após a cirurgia	unhas fracas e quebradiças	47	10,4%
	excesso de gases	44	9,7%
	anemia	36	7,9%
	deficiência de vitamina B12	51	11,2%
	pirose	9	2,0%
	dor no estômago	9	2,0%
	dor para engolir	2	0,4%
	engasgos frequentes	6	1,3%
	vômitos	7	1,5%
	enjoos	18	4,0%
	Outros	1	0,2%

Foi possível identificar ainda, dentro da amostra analisada, 71,7% que julgam a qualidade de vida após a CBM como muito melhor quando comparada ao pré-cirúrgico e 21,7% como melhor, ao passo que somente 3,8% e 2,8% percebem como pior ou a mesma, na devida ordem.

De igual modo, a capacidade de realizar atividades físicas foi positivamente atingida, uma vez que 64,2% dos participantes identificaram capacidade muito maior, enquanto 22,6% constataram maior e 10,4% não repararam mudanças na capacidade quando comparado ao período anterior e posterior à cirurgia.

As limitações apresentadas neste estudo estão relacionadas como o tamanho da amostra, a dificuldade de encontrar artigos que abordem especificamente a evasão do acompanhamento nutricional pós-bariátrica e o formato de coleta dos dados da pesquisa, pois, por se tratar de um formulário online dado o momento de pandemia de COVID-19 que estamos vivenciando, excluem-se pessoas sem

acesso à internet e descarte de dados informados que não atendem aos critérios.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados adquiridos e das análises realizadas foi possível perceber que a intervenção cirúrgica se mostra eficaz no tratamento da obesidade e de outras comorbidades que comumente a acompanham.

Os relatos obtidos demonstram melhor qualidade de vida, remissão de sinais, sintomas e patologias, avanços relacionados à característica dos alimentos consumidos e reduções importantes no índice de Massa Corporal.

Por outro lado, algumas queixas citadas por outros estudos, como propensas aos pacientes bariátricos foram encontradas.

A cirurgia bariátrica e metabólica provoca alterações fisiológicas importantes que podem levar a relevantes insuficiências nutricionais que precisam ser constantemente monitoradas, visto o impacto que estas podem

causar no estado nutricional do paciente. Ademais, a viabilidade do ganho de peso também não pode ser desconsiderada.

Por fim, ficou evidenciado com o estudo que a CBM é um recurso terapêutico que promove diversas mudanças nos hábitos dos indivíduos e, por isso, faz-se impreterível o acompanhamento nutricional em todo o curso do tratamento, pois este está habilitado para promover educação alimentar e nutricional, orientar quanto a necessidade de adaptação fisiológica, física e psicológica a nova realidade, analisar e atender as necessidades nutricionais respeitando a individualidade biológica, prevenindo o retorno das patologias e queixas e promovendo saúde.

Embora uma quantidade expressiva frequente o consultório de nutrição apenas quando recém-operados é pertinente que as consultas sejam estendidas para o longo da vida, pois a operação é considerada apenas como tratamento.

## REFERÊNCIAS

- 1-Abbate, E.B. Evolução da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis nas populações das capitais do Brasil entre 2006 e 2018. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Vol. 54. Num. 1. 2021. p. e171413-e171413.
- 2-ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil. Mapa assistencial da saúde suplementar 2020. 2020. Rio de Janeiro-RJ: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Diretoria de Normas e habilitação de produtos - DIPRO. 2020
- 3-Belligoli, A; Bettini, S.; Busetto, L.; Fabris, R. Diet approach before and after bariatric surgery. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*. Vol. 21. Num. 3. 2020. p. 297-306.
- 4-Brasil. Ministério da Saúde. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Portaria interministerial, Num. 424 de 19 de março de 2013. Brasília. 2013.
- 5-Brode, C.S.; Mitchell J.E. Problematic Eating Behaviors and Eating Disorders Associated with Bariatric Surgery. *Psychiatr Clin North Am*. Vol. 42. Num. 2. 2019. p. 287-297.
- 6-Campos, K. K.; Guckert, S. B.; Stefani, F. M.; Paiva, K. M.; Haas, P. Qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 14. Num. 86. 2020. p. 477-487.
- 7-Dendasck, C. V.; Santos, R.B.; Santos, V. M.; Andrade, T. U.; Pflug, A. R. M. A importância do acompanhamento psicológico e nutricional após a realização da cirurgia bariátrica: Revisão de literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Vol. 1. Num.10. 2021. p. 20-44.
- 8-Diniz, A. C. T.; Fernandes, F. A. L.; Gomes, D. L. Correlação entre ganho de peso, satisfação com a imagem corporal e qualidade de vida em mulheres com mais de 24 meses de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 15. Num. 96. 2022. p. 812-821.
- 9-Endevelt, R.; Ben- Assuli, O; Klain, E.; Zerlber-sagi, S. The role of dietician follow-up in the success of bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 9. Num. 6. 2013. p. 963-968.
- 10-G1. Mutirão no SUS atende pacientes que esperavam por bariátrica; realização de cirurgias desse tipo caiu 82% na pandemia. 2022.
- 11-Garg, T.; Birge, K.; Rosas, R.; Azagury, D.; Rivas, H.; Morton, J. M. A postoperative nutritional consult improves bariatric surgery outcomes. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Vol. 12. Num. 5. 2016. p. 1052-1056.
- 12-Infomoney. Classes D e E continuarão a ser mais da metade da população até 2024, projeta consultoria. 2022.
- 13-Kostecka, M.; Bojanowska, M. Problems in bariatric patient care-challenges for dieticians. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. Vol. 12. Num. 3. 2017. p. 207-215.
- 14-Mancini, M.C.; Melo, M. E. Diagnóstico e fisiopatologia do excesso de peso e obesidade. In Waitzberg, D. L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. Rio de Janeiro. Atheneu. 2017.

15-Ministério da Saúde. Brasil. Diretrizes da atenção especializada no contexto da pandemia de COVID-19. Brasília. 2021.

16-OMS. Organização Mundial da Saúde. Obesity and overweight. 2021.

17-OMS. Organização Mundial da Saúde. World Obesity Day 2022 - Accelerating action to stop obesity. 2022.

18-Pajecki, D.; Rizzolli, J.; Berti, L.; Rossoni, C. Guia para entender o tratamento com cirurgia bariátrica e metabólica. ABESO. 2022.

19-Parretti, H. M.; Subramanian, A.; Adderley, N. J.; Abbott, S.; Tahrani, A. A.; Nirantharakumar, K. Post-bariatric surgery nutritional follow-up in primary care: a population-based cohort study. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners. Vol. 71. Num. 707. 2021. p. e441-e449.

20-Pereira, M. J.; Barcelos, L. R.; Manochiopina, M. G. Transtornos alimentares e cirurgia bariátrica no Brasil: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol.15. Num. 97. 2021. p.1003-1013.

21-Rolim, F. F. A.; Cruz, F. S.; Campos, J. M.; Ferraz, A. A. B. Repercussões em longo prazo da derivação gástrica em Y de Roux em população de baixa renda: avaliação após dez anos de cirurgia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 45. Num. 4. 2018. p. e1916.

22-Silva, R. F.; Kelly, E.O. Reganho de peso após o segundo ano do bypass gástrico em Y de Roux. Com. Ciências Saúde. Vol. 24. Num. 4. 2013. p.341-350.

23-Silva, S. P. Perfil nutricional de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. TCC. Especialização. UFRGS. Porto Alegre. 2021.

24-SISVAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Ministério da Saúde. Brasil. 2021.

25-SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. A cirurgia bariátrica. 2017.

26-SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Quem pode fazer. 2017.

27-SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. SBCBM divulga números e pede participação popular para cobertura da cirurgia metabólica pelos planos de saúde. 2020.

28-SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Ministério da Saúde classifica cirurgia bariátrica como eletiva essencial. 2021.

29-Tae, B.; Pelaggi, E. R.; Moreira, J. G.; Waisberg, J.; Matos, L. L.; D'Elia, G. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 41. Núm. 3. 2014. p. 155-160.

30-Tedesco, A. K.; Biazotto, R.; Gebara, T. S. S.; Cambi, M. P. C.; Barreta, G. A. P. Pre- and postoperative in bariatric surgery: some biochemical changes. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. Vol. 29. Num. 1. 2016. p. 67-71.

31-Toninello, P.; Montanari, A.; Basseto, F.; Vindigni, V.; Paoli, A. Nutritional Support for Bariatric Surgery Patients: The Skin beyond the Fat. Nutrients. Vol. 13. Num. 5. 2021. p. 1565.

Autor para correspondência:

Dayanne da Costa Maynard.

day\_nut@yahoo.com.br

Centro Universitário de Brasília (CEUB),  
Campus Asa Norte, SEPN 707/907, 70790-075,  
Brasília-DF, Brasil.

Telefone: (61) 983247294.

Recebido para publicação em 28/11/2022

Aceito em 19/01/2023