

Recuperação de peso em pacientes submetidos á Cirurgia Bariátrica

Weight recovery in patients submitted to Bariatric Surgery

Bruna Tomazi de Mello¹, Luciene Rabelo Pereira ²

¹ Discente do curso de Nutrição do Centro Universitário Católica de Vitória. Vitória -ES

² Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário Católica de Vitória. Vitória -ES

E-mail para contato: Bruna Tomazi de Mello – Brunaealessandra@hotmail.com

Luciene Rabelo Pereira - lucienrabel@gmail.com

Palavras-chave

Nutrição
Reganho de peso
Obesidade

Introdução: A obesidade é considerada como uma epidemia mundial pela OMS, condicionada principalmente pelo perfil alimentar e atividade física. No entanto, vários pacientes não respondem às manobras clínicas e terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz, a cirúrgica.

Objetivo: O presente trabalho objetivou-se analisar o reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e a prevalência de doenças no pré e pós cirúrgico.

Método: O presente estudo se caracteriza por uma pesquisa de tipo descritiva de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 261 pacientes, de ambos os sexos, de idade entre 20 e 71 anos e residentes no Estado do Espírito Santo-Brasil. A coleta de dados foi realizada na plataforma Google Forms, onde foi aplicado o questionário BAROS. (Bariatric Analysis and Reporting System).

Resultado: Após a cirurgia bariátrica, houve a diminuição de doenças degenerativas, aumento da atividade física após a bariátrica, e o aumento do bem estar de maneira geral.

Conclusão: Conclui-se que após um tempo da cirurgia bariátrica, houve um aumento de peso nos participantes.

Keywords

Nutrition
Weight regain
Obesity

Introduction: Obesity is considered a worldwide epidemic by the WHO, conditioned mainly by the dietary profile and physical activity. However, several patients do not respond to clinical and therapeutic maneuvers, requiring a more effective intervention, the surgical one.

Objective: The present study aimed to analyze the weight regain in patients undergoing bariatric surgery and the prevalence of diseases in the pre and post surgery.

Method: The present study is characterized by a descriptive cross-sectional research with a quantitative approach. The study sample consisted of 261 patients, of both sexes, aged between 20 and 71 years old and residing in the State of Espírito Santo-Brazil. Data collection was performed on the Google Forms platform, where the BAROS questionnaire was applied. (Bariatric Analysis and Reporting System). Result: After bariatric surgery, there was a decrease in degenerative diseases, an increase in physical activity after bariatric surgery, and an increase in general well-being

Conclusion: It is concluded that after a period of bariatric surgery, there was an increase in weight in the participants.

INTRODUÇÃO

A obesidade ganhou destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física, e chama atenção para o fato de que no mundo há mais de um bilhão de adultos com

sobrepeso e aproximadamente trezentos milhões de adultos obesos, sendo que cerca de 60% da população mundial, num futuro próximo, apresentarão algum problema de saúde relacionado à obesidade^{1,2}. O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de profissionais da saúde, em razão dos danos e agravos provocados pelo excesso de peso, tais como Hipertensão Arterial, doenças cardiovasculares,

Diabetes, Hiperlipidemias entre outras, uma vez que as consequências são muitas e variam do risco aumentado a morte prematura a graves doenças que afetam diretamente a qualidade de vida.^{3,4.}

No entanto, vários pacientes não respondem às manobras clínicas e terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz, a cirúrgica.⁵

Embora os primeiros casos de cirurgia bariátrica no Brasil tenham sido realizados a partir de 1974, foi na década de 90 que se iniciaram as primeiras unidades especializadas no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com a estrutura de equipe multidisciplinar, mobiliário adequado e equipamentos específicos para pessoas com obesidade grau III. Nessa primeira fase da cirurgia realizada pelo modo convencional, o procedimento foi sendo pouco a pouco reconhecido e mais difundido. Entretanto, a maior difusão ocorreu depois do ano 2000, com a abordagem minimamente invasiva por laparoscopia, com vantagens 2 importantes como menor risco de complicações e recuperação mais rápida⁶.

A cirurgia bariátrica e metabólica, é realizada no aparelho digestivo para diminuir a ingestão e absorção de alimentos, é a intervenção mais invasiva para o tratamento da obesidade, utilizada quando os tratamentos dietéticos, farmacológicos e a atividade física não fazem mais efeitos, e quando o quadro global da saúde do indivíduo é maior diante do risco da cirurgia.⁷

Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico são aqueles com obesidade grau II com comorbidades e obesidade grau III, contando sempre com o acompanhamento de equipe multiprofissional, sendo composta por cirurgião com formação específica, endocrinologista, psiquiatra, nutrólogo, nutricionista e psicologia, em adultos com idade acima de 65 anos deve ser realizado exames considerando a avaliação criteriosa do risco cirúrgico, presenças de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento, nesses critérios também incluem pacientes com índice de massa corporal maior que 40, pacientes com índice maior que 35 que possam apresentar comorbidades cardiopulmonar grave ou diabetes severa, e que tenha pouca probabilidade de sucesso com medidas não cirúrgicas. Adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitando as condições citadas, além das exigências legais, a presença de um pediatra na equipe multiprofissional^{8,9,10}

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as condições quais não se devem realizar a cirurgia bariátrica incluem pacientes que não possuem suporte familiar adequado, pacientes que possuem quadros de transtornos psiquiátricos não controlados, incluindo uso contínuo de drogas e álcool, pacientes que possuem doenças genéticas que podem agravar a cirurgia, pessoas com limitações intelectuais significativas; Pessoas abaixo de 16 anos, exceto em casos de síndrome genética, quando a indicação é unânime diante do Consenso Bariátrico.

A cirurgia também é contraindicada em indivíduos com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão do miocárdio e cirrose hepática. e segundo o Ministério da Saúde em 2013, pessoas com doenças cardiopulmonar graves e descompensadas que influenciam no risco- benefício, adultos com hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas inflamatórias do trato digestivo superior que venham predispor o indivíduo a sangramentos digestivos e pessoas portadoras da Síndrome de Cushing decorrentes de hiperplasia na suprarrenal não tratadas e tumores endócrinos; ^{8,10,11}

O Bypass Gastrico ou mais conhecida como Forbi Capella, é a cirurgia mais realizada no Brasil ,ela sendo considerada "padrão ouro", promovendo um menor número de complicações, a manutenção da perda ponderal e o controle das comorbidades em longo prazo, com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes .Essa técnica consiste em criar uma pequena bolsa gástrica que não inclui o fundo do estômago (componente restritivo), uma anastomose gastrojejunal em Y de Roux, de forma a fazer *by-pass* do estômago, ou seja realizar um desvio do estômago, duodeno e intestino delgado proximal, e em criar um canal biliopancreático de 50 cm e um canal alimentar de 150 cm ^{12,13}.

O risco de deficiência de vitamina B12 é maior entre pacientes submetidos ao Bypass Gástrico, devido à menor produção de ácido clorídrico no *pouch* gástrico, com consequente menor produção de fator intrínseco, responsável pelo

carreamento da vitamina B12 até o sítio de absorção no íleo terminal¹⁴.

O sleeve gástrico ou gastrectomia vertical é um procedimento puramente restritivo que consiste na remoção da grande curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml, é um procedimento simples e com menor risco de complicações. Contudo, percebeu-se que em muitos pacientes, a GV isolada apresentava excelentes resultados na redução de peso e na melhora das comorbidades, tais como DM tipo II, HAS, dislipidemia, apnéia do sono e dores articulares, dispensando uma segunda operação. ¹⁵

Aproximadamente 30% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica desenvolvem complicações/deficiências nutricionais, essas deficiências que basicamente ocorrem devido a restrição da ingestão alimentar e/ou redução das áreas de absorção dos nutrientes, as complicações mais comuns incluem deficiência de ferro, cálcio, ácido fólico e vitamina B12. Nos casos em que há presença de uma alça muito longa, pode haver risco aumentado de deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), ácidos graxos, cobre e zinco. Além disso, a diminuição do tempo de trânsito gastrointestinal também pode resultar em má absorção de vários micronutrientes relacionados não só a exclusão do duodeno e jejuno como também ao contato limitado do alimento com a borda em escova. Por esses casos, todos os pacientes que realizam a cirurgia bariátrica devem realizar a suplementação de vitaminas e minerais e monitorização de possíveis deficiências por toda a vida. ¹⁶

Dessa forma, o presente estudo objetivou-se analisar o ganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a prevalência de doenças no pré e pós além de qual cirurgia metabólica é mais eficaz contra esse ganho de peso.

MÉTODO

O presente estudo se caracteriza por uma pesquisa de tipo descritiva de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 261 pacientes, de ambos os sexos, residentes no Estado do Espírito Santo-Brasil.

Foi utilizado como critério de exclusão a não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O termo consiste em assegurar o sigilo de identificação das informações e esclarecer os participantes sobre a pesquisa, dessa forma ele foi digitalizado na descrição da plataforma utilizada para pesquisa, sendo possível a continuidade somente após a leitura.

A coleta de dados desse projeto foi realizada através de transmissão direta do link via redes sociais pela plataforma de questionários online Google Forms, no mês de Setembro do ano de 2020, onde os participantes necessitavam ter acesso ao questionário via celular ou computador conectado à internet.

Os dados acerca da pesquisa foram obtidos através dos seguintes instrumentos: Questionário

BAROS (Bariatric Analysis and Reporting System), e perguntas relacionadas à cirurgia bariátrica.

A análise realizada neste trabalho consiste na exploração dos dados utilizando as técnicas, Estatística Descritiva (Distribuição de Frequências, Medidas de Posição e Dispersão) e Inferencial (Teste dos Postos Assinalados de Wilcoxon para amostra pareadas). O nível de significância utilizado para os testes foi de 5% .

Com relação à Estatística Inferencial, realizou-se a descrição e avaliação da normalidade das variáveis pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. Adicionalmente, realizou-se a comparação dos grupos com aplicação do Teste dos Postos Assinalados de Wilcoxon para Amostras Relacionadas (Pareadas), para as variáveis cujas distribuições não assumem o padrão da distribuição Normal.

Para análise dos resultados, foi utilizado o programa MICROSOFT EXCEL da versão de 2020 e SPSS 23.0 for Windows, onde foi possível tabular e quantificar todos os dados contidos na pesquisa.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 261 indivíduos, sendo 94,3% do sexo feminino, e 5,7% do sexo masculino, conforme Tabela1.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos pacientes segundo gênero. 2020

Indicadores	Nº de pessoas	%
Sexo		
Feminino	246	94,3
Masculino	15	5,7

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2. Estatísticas Descritivas das características de 261 pacientes bariátricos

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (%)
Idade (anos)	20,00	71,00	40,65	39,00	8,38	20,6
Altura (cm)	144,00	198,00	162,75	162,00	7,76	4,8
Peso atual (kg)	51,90	165,00	77,88	75,00	16,77	21,5
Peso máximo antes (kg)	69,00	210,00	116,70	114,00	20,48	17,5
Peso máximo pós (kg)	53,00	140,00	79,95	78,00	16,11	20,2
Peso mínimo pós (kg)	37,00	114,00	67,65	65,00	12,19	18,0

Através da tabela 2, é possível observar o questionário das ANÁLISES descritivas das características, sendo elas divididas por idade, altura, peso atual, peso máximo antes da CB, peso máximo pós CB, e peso mínimo pós CB. Observa-se que a idade dos participantes variam entre 20 e 71 anos, sendo a média de idade entre eles 40,6 anos. Quando avaliamos a altura, foi encontrada uma média de 162cm, com a altura mínima de 144cm e máxima de 198 cm. O peso atual dos estudados se diferem entre 51,9 kg e 165 kg, com a média entre eles de 77.8 kg, o peso máximo antes da cirurgia bariátrica encontra-se com o mínimo 69 kg e o máximo 210 kg, e com a média de 116,7 kg, o peso mínimo pós cirurgia variou entre 37 kg e 114 kg, com a média de 67,5 kg. Foi possível observar na Tabela 2, que a média do peso mínimo pós cirurgia bariátrica encontra-se menor que a média do peso atual dos participantes, tornando uma questão preocupante diante a manutenção do peso. A média do peso atual consta muito abaixo do peso máximo antes da cirurgia bariátrica, o que se é

esperado por pacientes que querem realizar a CB. Dados: Fonte própria

Tabela 3. Teste dos Postos Assinalados de Wilcoxon (Amostras Pareadas)

Medidas	Valor -p	Conclusão
Peso MÁX pós / antes	0,001	Peso máximo pós < Peso máximo antes
Peso atual – Peso máximo antes	0,001	Peso atual < Peso máximo antes
Peso mínimo pós – atual	0,001	Peso mínimo pós < Peso atual

Dados: Fonte própria

Na Tabela 3, pode-se observar que ao realizar a comparação dos grupos com a aplicação do Teste dos Postos Assinalados de Wilcoxon, concluiu-se que houve significância quando comparado o peso máximo pós CB com o peso máximo antes da CB, observa-se que o peso máximo anterior a cirurgia é maior do que o peso máximo após a cirurgia bariátrica. Ao comparar a significância do peso atual com o peso máximo anterior à cirurgia, observa-se que o peso atual é menor que o peso máximo anterior à cirurgia, como se é esperado ao realizar a cirurgia bariátrica. O peso mínimo pós cirurgia bariátrica é maior do que o peso atual, onde podemos observar um ganho de peso ao decorrer

do tempo da cirurgia.

Através da Tabela 4, é possível observar o questionário BAROS dividido por tipos de cirurgia. Observa-se na tabela as técnicas de cirurgia bariátrica realizadas pelos participantes, e pode-se perceber que foram realizados 3 tipos de cirurgias: Bypass Gástrico, Sleeve Gástrico e Banda Gástrica Ajustável. Desses pacientes, é predominante o uso da Técnica Bypass Gástrico, sendo realizada em 81% (n= 210) dos participantes. O Sleeve Gástrico foi realizado por 18% (n= 48) dos participantes e a Banda Gástrica Ajustável realizada apenas por 1% dos participantes (n= 3).

Tabela 4- Tipos de Cirurgia realizada.

Tipo de cirurgia realizada:	N	%
Bypass Gástrico	210	81
Sleeve Gástrico	48	18
Banda Gástrica Ajustavel	3	1

Pode-se observar que na Tabela 5, que foi questionado sobre qual maneira geral o paciente ficou após a gastroplastia, e a grande parte dos pacientes relataram que se sentiram muito melhor após a Cirurgia Bariátrica, sendo eles composto por 68% (n=177) dos participantes da pesquisa, 26% (n = 69) dos pacientes se sentiram melhor após a cirurgia, e 3% (n=8) relataram que sentiram pior do que antes da cirurgia, por motivos de erros médicos ou insatisfação corporal.

Tabela 5- Após a operação para a obesidade, eu sinto que de uma maneira geral fiquei:

Após a operação para a obesidade, eu sinto que de uma maneira geral fiquei:		
-	N	%
Igual	7	3
Melhor	69	26
Muito Melhor	177	68
Pior	8	3
Minha perda de peso foi desde a cirurgia foi de:		
-	N	%
0- 24%	21	8
25 - 49%	133	51
50 - 74%	46	17,6
75 - 100%	41	15,7
Ganhei peso	20	8

Dados: Fonte própria

Com relação a perda de peso desde a cirurgia, pode-se analisar na Tabela 5 que segundo o questionário metade dos participantes, sendo eles 51% (n= 133), relataram que perderam de 25-49% do peso corporal; 46 dos indivíduos perderam de 50 a 74% do peso, fazendo parte de 17,6% da amostra; 15% (n=41) dos participantes tiveram de 75-100% do peso perdido; e somente 21 pessoas perderam de 0- 24% do peso, e os outros 8% (n=20) foram de pacientes que ganharam peso mesmo após a cirurgia bariátrica.

Tabela 6- Atividade física após a cirurgia.

Minhas atividades físicas:		
	N	%
Diminuíram muito	17	6,5
Diminuíram	24	9,1
Estão na mesma	91	35
Aumentaram	129	35,2

Dados: Fonte própria

Como apresentado na tabela 6 ao analisar o nível de atividade física pós cirurgia bariátrica, 6,5% (n=17) dos participantes relataram que as atividades físicas diminuíram muito após a CB; 24 dos indivíduos constataram que a atividade física apenas diminuiu, sendo eles 9% da amostra; outros 35% (n=91) estão com a mesma intensidade de atividade física de antes da cirurgia bariátrica; 129 pessoas responderam que as atividades físicas aumentaram muito ou apenas aumentaram após a cirurgia bariátrica, sendo eles 35% do total dos participantes;

Tabela 7- Interesse por sexo e capacidade de trabalho.

Meu interesse por sexo se tornou		
-	N	%
Menor e/ou muito menor	76	29,1
Igual	98	37,5
Maior	48	18,3
Muito maior	39	15
Minha capacidade de trabalho está		
-	N	%
Muito reduzida	2	0,76
reduzida	21	8
Inalterada	55	21
Melhorada	183	70,1

Dados: Fonte própria

Através da tabela 7, podemos analisar o interesse por sexo e a capacidade de trabalho após a cirurgia bariátrica. É possível observar que 76 dos participantes estão com um menor interesse por sexo, resultando em 29% da amostra; já outros 37,5% (n= 98) dos participantes, estão com o interesse por sexo igual a antes da cirurgia ; 18,3% (n= 48) afirmaram que estão com um maior interesse por sexo e 15% (n: 39) estão com um interesse muito maior por sexo após a realização da Cirurgia Bariátrica;

Já a capacidade de trabalho, 183 pacientes relataram que esta melhorada após a cirurgia, sendo eles 70% da amostra; 21% (n= 55) estão com a capacidade de trabalho inalterada; e 8% (n= 21) estão com a capacidade reduzida e menos que 1% dos participantes (n=2) , estão com a capacidade de trabalho muito reduzida após a cirurgia bariátrica.

Tabela 8- Doenças Degenerativas.

Doença Degenerativa antes da CB:	N	%
Diabetes Mellitus	43	12,2
Dislipidemia	12	3,4
Hipertensão Arterial	114	32,4
Doença cardiovascular	11	3,1
Outras	172	48,9
Doenças Degenerativas após a CB:	N	%
Diabetes Mellitus	8	2,9
Dislipidemia	7	2,5
Hipertensão Arterial	28	10,1
Doença Cardiovascular	4	1,4
Outras	231	83,1

Dados: Fonte própria

Na tabela 8, segundo o questionário, os pacientes relataram que a maioria das doenças pré e pós cirúrgicas são Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Doença cardiovasculares, entre outras. Seguindo o questionário BAROS, observa-se que antes da cirurgia bariátrica, 43 dos pacientes possuíam Diabetes Mellitus e após a cirurgia Bariátrica apenas 8 ainda possuíam a doença, ocorrendo uma diminuição da porcentagem dos diabéticos na amostra após a cirurgia; 12 pessoas do total de pacientes antes da CB estavam com Dislipidemia, e após a CB o número de indivíduos diminuiu para 7; 112 dos pacientes possuíam Hipertensão Arterial antes da CB, sendo 32,4 % da amostra, e após

realização da cirurgia bariátrica apenas 28 pessoas ainda mantiveram a doença; 3,1% (n=11) dos pacientes possuíam anteriormente a doença cardiovascular, e após a cirurgia houve uma queda para 1,4% (n=4) de pessoas com doenças cardiovasculares. Além dessas doenças que continham maior número de porcentagens 172 das pessoas alegaram ter tido outras doenças antes da Cirurgia Bariátrica e após a CB, houve um aumento nesse número de Outras doenças degenerativas com 231 dos casos afetados.

Tabela 9 – Sintomas pós cirúrgicos.

Sintomas Pós cirúrgicos	N	%
Sudorese elevada	27	8,0
Fadiga e fraqueza em excesso	151	57,8
Tontura e tremores	91	26,9
Anemia e vômitos	5	1,5
Dumping	16	4,7
Queda de cabelo	3	0,9
Hipoglicemia	5	1,5
Frio excessivo	3	0,9
Nenhum sintoma	30	8,9

Dados: Fonte própria

Através da tabela 9, podemos analisar que 8% (n=27) depois de algum tempo sentiram sudorese elevada; Já 151 dos pacientes, tiveram sintomas de fraqueza e fadiga após a CB, sendo 57,8% da amostra ; 27% (n= 91) sentiram tonturas e tremores; apenas 1% dos participantes tiveram anemias e vômitos, sendo 5 pessoas; 4,7% das pessoas tiveram sintomas do Dumping, muito comum em cirurgias bariátricas; Menos de 1 % tiveram queda de cabelo no pós bariátrica; 1,5 % (n= 5) tiveram hipoglicemia na pós CB ; menos de 1% (n=3) tiveram frio excessivo e 9% (n=30) não

tiveram nenhum sintomas decorrentes da Cirurgia Bariátrica.

DISCUSSÃO

Ao aplicar o questionário BAROS e realizar perguntas para o questionário , foi possível avaliar a cirurgia mais realizada , quais foram as doenças que prevaleceram mesmo após a realização da CB , quais os sintomas pós cirúrgicos mais comuns e a comparação dos pesos antes, após e atual à Cirurgia Bariátrica.

Percebemos que, ao realizar a análise da média do peso mínimo após a cirurgia bariátrica observamos que é maior que o peso atual dos pacientes , e segundo o estudo de Bastos, Emanuelle Cristina Lins et al, 2013, possuem estudos que evidenciam que o reganho ponderal ocorre a partir de dois anos da operação. No entanto, a perda de peso ponderal recomendada para resultado do tratamento cirúrgico nem sempre são atingidas, sendo observado alguns graus de recuperação de peso no período mínimo alcançado de 18 e 24 meses após a operação. Segundo Da Silva, Renata 2013 , não há um consenso sobre a definição do reganho de peso, mas algumas diretrizes descrevem como aceitável um aumento de 10% do peso após 10 anos de cirurgia. Considerando os mecanismos de adaptação fisiológica e ao ganho de peso comum com aumento da idade, pode ocorrer um reganho de 1 a 2 kg no pós operatório. Apesar da eficácia da CB, a recuperação do peso pode ocorrer com o passar do tempo. Entretanto, a manutenção do peso em longo prazo é um grande desafio, visto que os estudos evidenciam que aproximadamente 15% dos pacientes

submetidos à cirurgia voltam a ganhar peso.^{17,18} A maior porcentagem de perda de peso da amostra foi de 25- 49% do peso corpóreo , com o n= 133, e segundo Novais, et al. 2010 uma perda de peso que se traduz como sucesso cirúrgico deve atingir ao menos 50% do peso excedente no momento da cirurgia e a manutenção do peso a longo prazo. No entanto, a literatura não investigou o custo da taxa de falha do procedimento devido à recuperação do peso ou perda insuficiente de peso, nem a carga de custos dos pacientes que retornam ao seu estado original de obesidade, a taxa de recuperação de peso foi relatado variando de 5% a 39%.^{19,20}

Em relação as doenças Degenerativas antes e após a Cirurgia Bariátrica, podemos reparar que houve uma melhora de comorbidades se comparar as doenças antes da CB e depois, e de acordo com FULTON, Courtney et al. , 2017 além da perda de peso, a cirurgia também pode melhorar as comorbidades, como diabetes, hipertensão, dislipidemia e apneia do sono, mas segundo estudos de Cambi, Maria Paula Carlini em 2015 , com os mecanismos compensatórios e insucessos no estilo de vida, muitos reganham peso e voltam a apresentar as mesmas comorbidades, agora acrescidas de deficiências nutricionais graves, e com o reganho de peso, segundo Costa, Dayanne 2013, o sobrepeso e a obesidade estão relacionados com outras patologias como doenças cardiovasculares, diabetes , hipertensão entre outras.^{21,22,23}

Ao comparar a amostra do estudo dividindo por sexo feminino e masculino, podemos observar que

a grande parte dos participantes foram do sexo feminino , sendo 94,3% da amostra, essa quantidade devido a mulher segundo Do Nascimento, Carlos Alberto Domingues et al, 2013. Serem as que mais que procuram a cirurgia bariátrica, muitas vezes vezes estimulada pelo parâmetro cultural da magreza associado à feminilidade. Assim, muitas vezes além das condições físicas, ou seja, da busca por uma saúde melhor e/ou eliminação do risco de mortalidade devido a obesidade, também existe o objetivo estético decorrente do emagrecimento , o qual surge uma expectativa veiculada á autoestima, que determina a magreza como ideal corporéo.²⁴

Foram muito os sintomas pós cirurgicos relatados pelos pacientes, sendo o mais observados a sudorese excessiva, fraqueza em excesso, vomitos entre outros que possivelmente também é um dos sintomas da Síndrome de Dumping pois segundo ARAÚJO, Amanda de Moraes; SILVA, Tane Hermuche Motta; FORTES, Renata Costa, 2010, é o“dumping” resulta da passagem rápida de alimentos da bolsa gástrica para o intestino, principalmente alimentos muito concentrados, gordurosos, e doces, como chocolates e cremes. Devido sua alta osmolaridade estes alimentos causam diarréia, taquicardia, suor excessivo, enjôo, vômito entre 15 a 30 minutos após a ingestão do doce. Pode ocorrer queda da glicemia após 1 a 2 horas por excesso de liberação de insulina pelo pâncreas, o que pode ser chamado de “dumping” tardio.²⁵

Sobre os sintomas pós cirúrgicos, as complicações nutricionais mais comuns observadas são a síndrome de Dumping, anemia , alopecia , deficiência de vitaminas e minerais, reganho de peso e transtornos

alimentares, segundo Dias, Jachson da Silva, et al.(2017) ao analisar as atividades físicas, 35% relataram que aumentaram muito após a cirurgia, pesquisas realizados por Assis et al (2012), que mostrou resultados satisfatórios em seus estudos, onde mais que a metade da população estudada praticava atividades física, mostrando que o exercício físico beneficia o emagrecimento, podendo reduzir o percentual de gordura e aumentar a massa magra, maximizar a capacidade de resistência e de força.^{26,27}

CONCLUSÃO

Conclui-se com os resultados encontrados que a grande parte das pessoas que realizam a cirurgia bariátrica são do sexo feminino, fazendo parte de cerca de 94% da amostra, devido a mulher além de buscar a saúde, muito das vezes também buscam a estética da magreza.

Ao analisar os tipos de Técnicas Cirúrgicas, podemos observar também que a grande parte dos participantes realizaram o Bypass Gástrico, sendo essa técnica a mais realizada no Brasil, considerada padrão ouro.

Contudo, a Cirurgia Bariátrica pode ocasionar possíveis complicações como náuseas e vômitos , fraquezas, cansaços hipovitaminoses entre outros. Após a algum tempo pós CB , sem realizar a manutenção do peso ou um hábito alimentar saudável, pode-se retornar as Doenças degenerativas de antes da bariátrica, entre as mais comuns: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Em relação a maneira geral dos pacientes, a grande maioria das pessoas se sentiram muito melhor após a operação , sendo elas 68% da amostra, e a minoria se sentiu pior e/ou muito pior após a cirurgia bariátrica, devido a erros médicos , trocas de técnicas e até insatisfação corporal.

Dessa maneira ,é fundamental o acompanhamento nutricional não apenas no momento pré cirurgia bariátrica, mas também após a cirurgia bariátrica, uma vez em que o nutricionista irá ajudar a garantir o sucesso do tratamento cirúrgico , e evitando sintomas pós bariátricos e suprimindo carências nutricionais , auxiliando também na manutenção de peso para que não haja futuramente, um reganho excessivo de peso.

REFERÊNCIAS

- 1 - Marcelino, Liete Francisco, and Zuleica Maria Patrício. "A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva." *Ciência & Saúde Coletiva* 16.12 (2011).
- 2- DIAS, Patricia Camacho et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00006016, 2017)
- 3- Enes, C. C., & Slater, B. (2010). **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes.** *Revista Brasileira de epidemiologia*, 13(1), 163-171.
- 4- -Tavares, Telma Braga, Simone Machado Nunes, and M. de O. Santos. "Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura." *Rev Med Minas Gerais* 20.3 (2010)
- 5 (de Mattos Zeve, Jorge Luiz, Poliana Oliveira Novais, and Nilvan de Oliveira Júnior. "Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura." *Ciência Saúde* 5.2 (2012): 132-40.)
- 6- RAMOS, A. C. **Cirurgia bariátrica: a situação atual do Brasil.** 2016. Disponível em: . Acesso em: 13 outubro 2020
- 7- SILVA, Cíntia Almeida Figueiredo; FARO, André. **Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: Estudo no pré e pós-operatório.** 2015.
- 8- Brasil (2013). **Ministério da Saúde.** Portaria nº 425, de 19 de março 2013
- 9 -BRANCO-FILHO, Alcides José et al. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 24, n. 1, p. 52-54, 2011.
- 10- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIATRICA E METABÓLICA. **Quem pode fazer,** 2017. Disponível em : <https://www.sbcm.org.br/quem-pode-fazer/>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.
- 11- SILVA, Paulo Roberto Bezerra da et al. Estado nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 27, p. 35-38, 2014.
- 12- Nora, Catarina, et al. "Gastrectomia vertical e bypass gástrico no tratamento da síndrome metabólica." *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo* 11.1 (2016): 23-29.
- 13-DE ARRUDA MOREIRA, Marcella et al. Avaliação clínico-nutricional de obesos submetidos ao bypass gástrico em Y de Roux. **Acta Gastroenterológica Latinoamericana**, v. 40, n. 3, p. 244-250, 2010.
- 14- Carvalho, Iara Ribeiro, et al. "Incidência da deficiência de vitamina B12 em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Fobi-Capella (Y-de-Roux)." **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)** 25.1 (2012): 36-

- 15- Baratieri, Ricardo, et al. **"Resultados iniciais da perda do excesso de peso e redução de comorbidades em obesos mórbidos submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica."** *Arquivos Catarinenses de Medicina* 42 (2013): 9-14.
- 16- Torezan, Erika Franco Gaeti. **"Revisão das principais deficiências de micronutrientes no pós-operatório do Bypass Gástrico em Y de Roux."** *International journal of nutrology* 6.01 (2013): 037-042.
- 17-BASTOS, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 26, p. 26-32, 2013.)
- 18- da Silva, Renata Florentino. **"Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux."** (2013).
- 19- Novais, P. F. S.; Junior, I. R.; Leite, C. V. S.; Oliveira, M. R. M. **Evolução e Classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica derivação gástrica em Y de Roux.** *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2010
- 20- SHEPPARD, Caroline E. et al. O impacto econômico do peso recupera. **Pesquisa e prática em gastroenterologia**, v. 2013, 2013.
- 21- FULTON, Courtney et al. Uma comparação entre cirurgia bariátrica revisional e primária. **Canadian Journal of Surgery**, v. 60, n. 3, p. 205, 2017)
- 22- CAMBI, Maria Paula Carlini, Simone Dallegrave MARCHESINI, and Giorgio Alfredo Pedroso BARETTA. **"Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio."** *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)* 28.1 (2015): 40-43.
- 23- Costa, Dayanne. **"Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica."** *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 7.39 (2013.)
- 24- DO NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues; DA SILVA BEZERRA, Simone Maria Muniz; ANGELIM, Ednalva Maria Sampaio. **Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.** *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.
- 25- Araújo, Amanda de Moraes, Tane Hermuche Motta Silva, and Renata Costa Fortes. **"A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica."** *Comun. ciênc. saúde* (2010): 139-150.
- 26- Dias, Jachson da Silva, et al. **"Sinais e sintomas de pacientes durante um ano pós-cirurgia bariátrica."** *Braspen J* (2017): 394-402
- 27- (ASSIS, Paulo Roberto Rondon de. **Exercício físico resistido pós-cirurgia bariátrica: relato de caso.** *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, Volume 6, Número 3. São Paulo. 20

