


## PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E REGANHO DE PESO

Alessandra Cansação de Siqueira<sup>1,2</sup>  & Susane Vasconcelos Zanotti<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas  
Maceió, AL, Brasil; <sup>2</sup>e-mail: [alessandracansacao@hotmail.com](mailto:alessandracansacao@hotmail.com); <sup>3</sup>e-mail: [susanevz@yahoo.fr](mailto:susanevz@yahoo.fr)

---

**RESUMO:** Nos últimos anos, tem-se observado um aumento no número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil. No entanto, verifica-se, na clínica da obesidade, a ocorrência de reganho de peso no período pós-cirúrgico. Com objetivo de analisar a ocorrência do reganho de peso em um hospital público do Nordeste, foi realizado o estudo de caso de um Programa de Cirurgia Bariátrica, com base no registro de prontuários dos pacientes operados em 10 anos de funcionamento do Serviço. Durante o período de três meses de coleta de dados foi possível ter acesso a 276 prontuários, dos quais foram obtidas as seguintes informações dos pacientes operados no Programa: idade, sexo, procedência, tempo de cirurgia, comparecimento às consultas e reganho de peso. Esses dados evidenciaram que houve um maior número de mulheres operadas; a idade dos pacientes operados variou entre 18 e 60 anos, havendo uma concentração maior de operados na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos. A análise dos prontuários demonstrou a ocorrência de reganho de peso no Programa estudado e, as queixas relacionadas a esse aumento de peso no pós-operatório.

*Palavras-chave:* Obesidade, Programa de cirurgia bariátrica, Reganho de peso

---

## WEIGHT REGAIN: CASE STUDY OF A BARIATRIC SURGERY PROGRAM

**ABSTRACT:** In recent years it was noted an increase in the number of bariatric surgeries held in Brazil. However, it's observed, in the obesity clinic, the occurrence of weight regain in the post-surgical period. Aiming to analyse the occurrence of weight regain in a public hospital in the Northeast, it was held a case study of a Bariatric Surgery Program, on the basis of medical records of patients operated in 10 years of operation of the service. During the period of three months of data collection it was possible to get 276 medical records, of which were obtained the following information about the patients operated in the Program: age, gender, origin, surgery time, the attending to medical consultations and the weight regain. These data collection revealed that has been a greater number of women operated; the age of the patients operated has ranged between 18 and 60 years old, with an increased concentration of operated patients in the 28-37 age group.

*Keywords:* Obesity, Bariatric Surgery Program, Weight Regain

---

Recebido em 14 de Julho de 2015/ Aceite em 19 de Janeiro de 2017

---

<sup>□</sup>Rua Dr. Jorge de Lima, 503, Trapiche, Maceió, Alagoas, Brasil. Telf.: (82) 99976-9932. e-mail: [alessandracansacao@hotmail.com](mailto:alessandracansacao@hotmail.com)

A obesidade é definida como uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal e de etiologia multifatorial (Diniz & Maciante, 2012). Rosenbaum (2012) ressalta que a obesidade ocorre pela combinação de fatores genéticos, endócrinos, sociais, econômicos, psicológicos e ambientais. A obesidade é considerada fator de risco ao surgimento de várias doenças que comprometem a qualidade de vida e até diminuem a expectativa de vida das pessoas (Berti & Caravatto, 2012). Berti e Caravatto (2012) ressaltam que devido às situações expostas sobre os riscos da obesidade e por atualmente ser observado um aumento expressivo dos casos de obesidade no Brasil e no mundo, esta chegou ao ponto de ser considerada um problema de saúde pública.

Diante dos riscos atribuídos à obesidade, passou a existir o incentivo à prevenção e, caso a obesidade já esteja instalada, aos tratamentos. Mesmo diante do incentivo a prevenção e aos tratamentos, nos casos onde a obesidade já está instalada, dados apontam um aumento expressivo de obesos no Brasil. Pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, constataram que houve aumento do número de casos de sobrepeso e obesidade no Brasil. Segundo Berti e Caravatto (2012), no Brasil, aproximadamente 65 milhões de pessoas estão com sobrepeso, 14 milhões com obesidade e 4 milhões com obesidade mórbida.

No tratamento à obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem sido um procedimento bastante realizado em vários países, inclusive no Brasil. De acordo com Diniz e Maciante (2012), a cirurgia bariátrica surgiu na década de 50 “como opção terapêutica para o controle da obesidade” (p.13). O início da cirurgia bariátrica no Brasil data de 1970 e, atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar no número de cirurgias bariátricas realizadas no mundo (Diniz & Maciante, 2012).

A medicina preconiza que a cirurgia bariátrica é considerada um importante recurso terapêutico para o tratamento da obesidade mórbida, sendo apresentada como a única opção exequível para a perda de peso dos pacientes com IMC acima de 35, com comorbidades e daqueles em que o IMC encontra-se acima de 40, tendo ou não comorbidades (Diniz & Maciante, 2012). Apesar da perda de peso alcançada, a cirurgia bariátrica não garante a manutenção dessa perda ao longo do tempo, evidenciando que o reganho de peso, após transcorrido um certo tempo, é algo que pode ocorrer no pós-operatório (Silva, 2011).

Silva (2012) destaca que a perda de peso é o parâmetro principal para a avaliação do sucesso da cirurgia bariátrica. Outro aspecto ressaltado por esta autora, em pesquisa sobre os fatores associados ao reganho de peso, após 24 meses de cirurgia bariátrica, é que no primeiro ano de pós-operatório a perda de peso é mais acelerada e que, após 2 anos de operado, há a prevalência do reganho de peso.

O peso readquirido após a cirurgia bariátrica é definido como reganho de peso. A palavra reganho significa “ganhar novamente, readquirir, recuperar, recobrar, reaver” (Franques, Pacheco, Belfort, & Gomes, 2011, p. 264). Segundo Carvalho Júnior (2013), os termos “volta da, ou recaída na obesidade” (p. 24) também são utilizados para referir-se ao reganho de peso que ocorre no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Conforme observado na literatura, essa é a forma utilizada pelas equipes, ao aludir a ocorrência do aumento de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

A respeito do acompanhamento em casos de reganho de peso, Silva (2012) ressalta que a recuperação de peso no pós-operatório é um fator que pode comprometer os benefícios adquiridos com o tratamento cirúrgico, sendo importante identificar o que está ocasionando o reganho de peso, para que se possa determinar as condutas necessárias, após esse acontecimento. A mesma autora revela que “o monitoramento em longo prazo, pelas equipes de saúde, pode ser importante para a identificação e a intervenção precoces, diante de intercorrências, como o reganho de peso” (Silva, 2012, p. 30). Um dos fatores retratados por esta autora é sobre a relação existente entre os transtornos alimentares e o reganho de peso no pós-operatório, onde “a presença de comportamentos alimentares prejudiciais pode diminuir a eficácia da cirurgia bariátrica e

representar um risco para o reganho de peso por resultar na maior ingestão energética” (Silva, 2012, p. 28).

Bastos, Barbosa, Soriano, Santos, e Vasconcelos (2013), ao investigar sobre os fatores determinantes do reganho ponderal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com tempo de pós-operatório igual ou maior que 2 anos, relacionaram o reganho de peso ao tempo transcorrido do pós-operatório, ou seja, um maior aumento de peso após 5 anos de cirurgia. Outro fato apontado pelos autores é que, os pacientes que exercem atividade laboral relacionada à alimentação, passaram a apresentar aumento de peso no pós-operatório.

Para Beleli, Silva, Camargo, e Scopin (2011) a cirurgia bariátrica é um procedimento eficaz para a perda de peso, porém, o reganho de peso após 2 anos tem sido muito observado. Isso demonstra a dificuldade na manutenção do peso perdido após um tempo. Franques et al., (2011) ressaltam que há pacientes que tendem a recuperar peso, a partir do segundo ano de cirurgia devido à dificuldade em estabelecer mudanças em seus estilos de vida. Estudo realizado por Venâncio, Conceição, e Machado (2011), sobre a fase pós-operatória tardia, resalta que existem casos em que não há um bom resultado cirúrgico e que isso está relacionado à dificuldade do paciente em seguir as orientações do tratamento após a cirurgia.

Silva e Kelly (2014) realizaram um estudo com uma amostra composta de 30 pacientes com o objetivo de analisar a prevalência e os fatores para a ocorrência do reganho de peso em mulheres após 2 anos de cirurgia bariátrica. Neste estudo foi constatado que a cirurgia não é o suficiente para o tratamento da obesidade e que o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar no pós-operatório é necessário para evitar o reganho de peso ao longo do tempo

Pesquisa realizada por Cambi, Marchesini, e Baretta (2015) com pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica e que apresentaram reganho de peso observaram que houve a redução do índice de massa corporal após a realização da cirurgia bariátrica porém, ao longo do tempo tiveram os casos com reganho de peso. De acordo com este estudo muitas explicações foram dadas a esta ocorrência, como “retorno ao hábito alimentar errôneo, aumento significativo no consumo de álcool e sedentarismo” (p.42).

No Programa de cirurgia bariátrica onde esta pesquisa foi realizada, inúmeras questões passíveis de investigação foram observadas, mas diante da frequência de casos em que o paciente operado apresenta reganho de peso no período pós-cirúrgico, optou-se pelo estudo desse problema, com base nas informações dos prontuários. Assim, neste estudo, o objetivo principal foi investigar, partindo de queixas relacionadas ao reganho de peso, os aspectos que interferem no resultado do pós-operatório de cirurgia bariátrica.

A pesquisa foi realizada em um Programa de Cirurgia Bariátrica de um Hospital Público do Nordeste do Brasil. Este Hospital é o único do Estado que faz essa intervenção pelo Sistema de Saúde Pública (SUS). A escolha desse Programa foi pelo fato de o mesmo ser referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS e por sua longa trajetória na realização desse tipo intervenção. O referido Hospital, além da função de prestar assistência à comunidade, dedica-se também às atividades de ensino e pesquisa.

O Programa é formado por uma equipe multidisciplinar, composta por: cirurgiões, psicóloga, assistente social, nutricionista, cardiologista, endocrinologista e educador físico. O Programa baseia a sua atuação nas Portarias do Ministério da Saúde, sendo a mais recente a de nº 425, de 19 de março de 2013 (Brasil, 2013), que resalta sobre a assistência de uma equipe multiprofissional como uma das exigências necessárias ao cadastramento das equipes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

## MÉTODO

A definição do estudo de caso como método da presente pesquisa foi baseada nas considerações de Yin (2010). Este autor considera que o estudo de caso pode ser de indivíduos, instituições, organizações, processos, programas e até sobre determinado evento. Yin (2010) ainda ressalta que esse “método também é relevante quando suas questões exigirem uma descrição ampla e ‘profunda’ de algum fenômeno social” (p. 24).

Pinto (2009, p. 2) propõe considerar cada instituição “como um caso clínico, dando ênfase à singularidade que o tratamento de cada paciente nos impõe”. Isso indica que o Programa de Cirurgia Bariátrica deve ser compreendido em sua singularidade e que o reganho de peso é uma questão que merece ser estudada, a partir das informações obtidas no próprio Programa.

### *Participantes*

Para o presente estudo foram utilizados dados de 276 prontuários de pacientes operados em um Programa de cirurgia bariátrica no período compreendido entre setembro de 2002 a dezembro de 2012, sendo 239 do sexo feminino (86,6%) e 37 do sexo masculino (13,4%), com idades entre 18 a 60 anos. Nestes 10 anos foram realizadas 308 cirurgias, porém, não foi possível localizar todos os prontuários dos pacientes operados. Diante disso, o presente estudo foi baseado nas informações obtidas nesses prontuários onde a partir daí, foi realizado o estudo de caso do Programa de cirurgia bariátrica.

### *Material*

Os dados para o presente estudo foram coletados exclusivamente nos prontuários dos pacientes operados em um Programa de cirurgia bariátrica. Em cada prontuário consta uma ficha de identificação do paciente, exames, folhas de evoluções e informes sobre a cirurgia realizada. Com esses dados, foram obtidas as seguintes informações sobre os pacientes operados: idade, sexo, procedência, tempo de cirurgia, comparecimento ao atendimento ambulatorial com algum profissional nos últimos dois anos, ocorrência de reganho de peso no pós-operatório e queixas.

### *Procedimento*

Durante o período de três meses de coleta de dados foi possível ter acesso a 276 prontuários, que foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) e separados pelos funcionários do setor em uma sala especialmente destinada à realização das leituras e anotações necessárias. As informações obtidas foram registradas e em seguida organizadas em uma planilha do Excel, contendo: registro, sexo, procedência, idade na data da cirurgia, tempo de cirurgia, comparecimento às consultas, ocorrência do reganho de peso e queixas. Esta organização facilitou a acessibilidade a um grande número de dados, tendo em vista a análise de 276 prontuários. Em seguida, os resultados foram transformados em gráficos, com o objetivo de melhor organizá-los, visualizá-los e analisá-los.

Os cuidados éticos com esse estudo apoiam-se na Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil. O prontuário é considerado um documento de acesso restrito (Flick, 2009) e, no caso específico dessa pesquisa, a acessibilidade a ele só foi possível após autorização da instituição hospitalar mediante apresentação de Termo de Consentimento do Uso de Banco de Dados e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Após o levantamento sobre os pacientes operados no Programa, foi realizado o estudo sobre o registro do ganho de peso. Nessa etapa, foram identificados o número de pacientes que obtiveram ganho de peso, idade, sexo, procedência, tempo de cirurgia e as queixas registradas em prontuário relacionadas a essa situação.

As queixas dos pacientes registradas em prontuário durante as consultas com profissionais da equipe, relacionadas ao ganho de peso, foram descritas nessa pesquisa do modo como estavam registradas no prontuário. A delimitação pela análise dos dados registrados pelo cirurgião, pela nutricionista e pela psicóloga, foi devido à indicação em Portaria de nº 425, de 19 de março de 2013 do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), do acompanhamento sistemático desses profissionais no pós-operatório. Esses registros referem-se às situações que os pacientes atribuem à ocorrência do ganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. A partir das informações obtidas, foi realizada a análise do material coletado e a construção de unidades de análise (Yin, 2010).

## RESULTADOS

### *Caracterização do Programa*

Em setembro de 2002 foi criado o Programa de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL). O Programa foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como um serviço de referência no tratamento cirúrgico da obesidade (Toscano, 2010). O HUPAA é o único hospital no Estado que realiza a cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Vale destacar mais uma vez que, nesse Programa, são acompanhados os pacientes com diagnóstico de obesidade mórbida, que tenham indicação à cirurgia bariátrica.

No Programa, os pacientes são avaliados inicialmente pelos cirurgiões da equipe e, caso tenham indicação, do ponto de vista dos parâmetros utilizados para a realização da cirurgia, que incluem: valor do IMC, insucesso diante de tratamento clínico e comorbidades de difícil controle, são encaminhados para avaliação dos outros profissionais da equipe. No momento em que a pesquisa foi realizada, a equipe era formada por: assistente social, psicóloga, nutricionista, cirurgiões, cardiologista, endocrinologista e educador físico. Como descrito na primeira seção, no item sobre as diretrizes do Ministério da Saúde para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, nas Portarias, são estabelecidos os parâmetros de funcionamento dos serviços, que inclui a formação de uma equipe multidisciplinar na assistência aos pacientes. As Portarias do Ministério da Saúde mais recentes são as de no. 424 e 425 de 19 de março de 2013 (Brasil, 2013).

Alguns aspectos do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA são discutidos no livro “Obesidade mórbida: Abordagem multidisciplinar” (Toscano, 2010), que apresenta a experiência da equipe no Programa, enfatizando a importância da assistência multidisciplinar. De acordo com Toscano e Barbosa (2010), o trabalho multidisciplinar proporciona uma melhor assistência aos pacientes do Programa e também a reflexão dos profissionais quanto à sua prática. Isso demonstra ser algo importante, pois o trabalho multidisciplinar é construído à medida que a equipe lida com os casos e considera as particularidades de cada um.

Quanto à prática da equipe no Programa, Crispim (2010) enfatiza sobre a importância dos espaços para a discussão de casos e os momentos de estudos que propiciam a interação desses profissionais. Conforme exposto na Portaria de no. 425, de 19 de março de 2013, a cirurgia é apenas uma etapa do tratamento cirúrgico da obesidade (Brasil, 2013). Isso ressalta a importância dos momentos de discussão dos casos, levando em consideração os aspectos psíquicos e sociais de cada paciente, não se detendo somente à técnica cirúrgica realizada.

Apesar de o Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA ter como objetivo a realização da cirurgia para o tratamento da obesidade, a partir da experiência de um trabalho em equipe no Programa, Toscano e Barbosa (2010, p. 33) advertem que, o tratamento da obesidade não se resume a uma intervenção cirúrgica, pois “envolve mudanças de comportamento que, muitas vezes, entram em confronto com as preferências individuais e com as condições de vida oferecidas no contexto social em que o indivíduo se encontra”. Isso que é apresentado por esses profissionais do Programa enfatiza a importância em considerar a história de cada paciente e, não somente os parâmetros que definem a obesidade como uma doença e a necessidade do tratamento cirúrgico.

As Portarias do Ministério da Saúde estabelecem as diretrizes para o tratamento cirúrgico da obesidade, mas cada equipe constrói as especificidades de seu funcionamento, baseadas no que considera importante e de acordo com a realidade vivenciada. As informações obtidas sobre o Programa obtidas nos prontuários e em um livro organizado por Toscano (2010) com a participação da equipe multidisciplinar, retrataram o modo como ele funciona e a importância da inclusão dos profissionais da psicologia, da nutrição, do serviço social e da educação física.

O Programa, por ser a única referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS, recebe pacientes da capital e do interior do Estado. Esses pacientes necessitam de uma atenção e um acompanhamento do serviço social para viabilizar a realização da cirurgia, pois “as realidades de cunhos socioeconômicos e familiares desses usuários apresentam-se como fatores preocupantes à equipe, em decorrência dos gastos pré e pós cirúrgicos e a ausência de políticas públicas que amparem esse sujeito” (Crispim, 2010, p. 43).

Ser referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS é uma situação que indica algumas dificuldades, tanto no que se refere às questões institucionais, como também sociais, que envolvem os pacientes do SUS. No Programa, há escassez de profissionais para atender ao número elevado de pacientes e ausência de um espaço físico mais adequado para a realização dos atendimentos. Esses são fatores que ocasionam “aumento da fila de espera para a cirurgia” (Crispim, 2010, p.45). Quanto aos pacientes, a mesma autora relata que muitos têm dificuldades financeiras que dificultam o seu comparecimento às consultas e também a manutenção de uma alimentação adequada ao tratamento. Apesar das dificuldades enfrentadas, os resultados obtidos no Programa refletem a possibilidade de realizar um trabalho de qualidade voltado aos pacientes portadores de obesidade mórbida, com indicação de cirurgia bariátrica pelo SUS (Crispim, 2010).

Diante das características do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, este é organizado através do estabelecimento de algumas rotinas no pré e pós-operatório. O modo como o paciente chega ao Programa é uma questão importante de ser apresentada nesse estudo, pois é o início de sua trajetória no tratamento cirúrgico da obesidade. Pesquisa realizada por Izidorio e Lima (2012) ressalta que os pacientes chegam ao Programa através de encaminhamentos de outros serviços e também por demanda espontânea devido as informações obtidas com pacientes que já realizaram a cirurgia.

Nesse caso, os pacientes, ao procurarem o Programa, vêm referenciados a partir do saber médico, que indica a realização da cirurgia, mas também por um saber que foi construído a partir do contato com outras pessoas que realizaram a cirurgia e que obtiveram resultados considerados satisfatórios. Porém, o encaminhamento ao Programa não significa a realização da cirurgia, pois a equipe de cirurgiões é que irá avaliar e definir a condição clínica e então, determinar se a conduta a ser adotada é a cirurgia bariátrica.

O Programa tem uma rotina de funcionamento que estabelece que o ingresso do paciente é através do serviço social. A assistente social intervém com o intuito de assegurar ao paciente “o acesso à avaliação pela equipe de cirurgiões, tendo em vista a indicação médica, ou não, à cirurgia de obesidade” (Crispim, 2010, p.40). A avaliação médica é que define se o paciente irá fazer parte

do Programa. A definição quanto à realização da cirurgia bariátrica é baseada nos parâmetros estabelecidos pelas Portarias, sendo a mais recente a de nº 425 de 19 de março de 2013 (Brasil, 2013). Após o paciente ser avaliado pelo médico e tendo sido indicado para cirurgia bariátrica, ele retorna ao serviço social permanecendo também em acompanhamento com o cirurgião da equipe. A assistente social faz o encaminhamento do paciente à psicologia e à nutrição. Já os encaminhamentos às especialidades médicas, como endocrinologia, cardiologia, anestesia e outros que forem necessários, são realizados pelo cirurgião.

No serviço social são apresentados ao paciente a dinâmica e funcionamento do Programa e realizadas reuniões com os familiares dos pacientes que irão ser submetidos à cirurgia bariátrica (Crispim, 2010). Outra questão apresentada por esta autora é que a avaliação do serviço social está relacionada aos aspectos referentes à situação socioeconômica e familiar do paciente.

Na avaliação e acompanhamento com o cirurgião, o paciente passa por uma série de exames, com o objetivo de verificar as suas condições orgânicas para a realização da cirurgia. Existem várias técnicas cirúrgicas aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina. A técnica utilizada no Programa é a derivação gastrojejunal em Y-de Roux (Bastos et al., 2013), sendo esta a mais realizada no Brasil e no mundo (Berti & Caravatto, 2012). Esta técnica cirúrgica consiste “na confecção de uma câmara gástrica, cujo volume ideal não deve exceder 30 ml, a fim de restringir a quantidade de alimento ingerido” (Berti & Caravatto, 2012, p.24). Diante desta restrição na quantidade do alimento, o paciente passa por vários estágios quanto à ingestão alimentar: líquida, pastosa, branda e regular (Magro, 2012).

O paciente quando retorna do cirurgião para o serviço social é encaminhado à psicologia e à nutrição. No caso específico do serviço de psicologia, os pacientes no pré-operatório são encaminhados para a realização do atendimento individual no pré-operatório. Siqueira e Pontes (2010) ressaltam que, no processo de avaliação psicológica, são investigadas “a construção que o sujeito faz sobre a história de sua obesidade, seu posicionamento frente à cirurgia e obesidade, a relação estabelecida com a comida e seu corpo, história do uso de bebidas alcoólicas e presença de doenças psiquiátricas” (Siqueira & Pontes, 2010, p. 64). Essa avaliação é baseada nos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao tratamento cirúrgico da obesidade. Estes critérios estabelecem que a cirurgia bariátrica deve ser contraindicada quando o paciente apresentar limitação intelectual e que não tenha um suporte familiar adequado, presença de transtorno psiquiátrico não controlado e uso de bebida alcoólica ou de drogas (Brasil, 2013).

Além do atendimento individual, o serviço de psicologia realiza o atendimento em grupo no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. De acordo com Siqueira e Pontes (2010), o Grupo de Apoio ao Portador de Obesidade Mórbida (GAPOM) ocorre quinzenalmente, com a participação de 20 pacientes, em média, e com uma duração de 90 minutos. A experiência do atendimento em grupo, nesse Programa, proporciona um espaço que “facilita a formação de vínculos, a discussão, a troca de experiências entre os pacientes e reflexão quanto a uma decisão tão importante na vida” (Siqueira & Pontes, 2010, p. 65). A consolidação do grupo no Programa proporciona aos pacientes falarem de suas dificuldades e dos efeitos que a cirurgia tem para cada participante (Siqueira, Zanotti, Farias, Fontan, Barbosa e Crispim, 2012).

Na avaliação do serviço de nutrição é investigada a história da obesidade, doenças associadas à obesidade, análise de exames laboratoriais, IMC, estilo de vida e sobre os hábitos alimentares (Barbosa, 2010). De acordo com Barbosa (2010), a intervenção nutricional no pós-operatório imediato está relacionada à orientação quanto à dieta líquida e em seguida à evolução quanto à consistência e à observação da tolerância do paciente a essas modificações. No Programa, a orientação no pré-operatório visa minimizar as complicações após a cirurgia (Barbosa, 2010).

Quanto ao acompanhamento do educador físico, Toscano (2010) relata que, o atendimento é realizado no pré e pós-operatório, à medida que os pacientes são encaminhados por algum

profissional da equipe. Ao serem encaminhados, os pacientes passam por uma avaliação funcional e, a partir daí, são prescritos os exercícios físicos que são realizados com a supervisão do profissional (Toscano, 2010). Para a realização dessa pesquisa, antes do acesso aos prontuários, foi necessário contato com a assistente social do Programa, que disponibilizou uma ficha com o nome e o registro dos pacientes operados. De acordo com essas informações obtidas no Serviço Social do Programa, durante 10 anos (setembro de 2002 a dezembro de 2012) foram realizadas 308 cirurgias.

Da listagem disponibilizada pelo Serviço Social contendo 308 pacientes operados no Programa, foram localizados pelo SAME, durante um período de 3 meses, 276 prontuários. Justificou-se a exclusão de 32 prontuários, devido às seguintes situações: em dois o número de registro disponibilizado no serviço social não coincidia com o nome do paciente operado; em quatro nomes da lista não constava o número do registro; em um prontuário constatamos que o paciente não tinha realizado a cirurgia; em dois prontuários foi obtida a informação do óbito do paciente no pós-operatório, dezessete prontuários não foram disponibilizados pelo SAME, pois estavam no arquivo morto devido ao não comparecimento dos pacientes ao hospital, desde 2007; e seis prontuários foram solicitados, mas não se encontravam no SAME, devido ao agendamento prévio de consulta com algum profissional no hospital.

### *Sobre os participantes*

No levantamento de dados obtidos nos 276 prontuários, no que diz respeito ao sexo dos pacientes operados, 239 era do sexo feminino (86,6%) e 37 do sexo masculino (13,4%). observa-se uma concentração maior de número de mulheres operadas, em comparação aos homens. A partir dessa informação, questionamos se a obesidade é mais frequente no sexo feminino ou se as mulheres são as que mais procuram a cirurgia bariátrica. Informações obtidas pelo site Agência Brasil (2013), apontam que cerca de 70% das cirurgias bariátricas realizadas no país são de mulheres entre 35 e 45 anos. Um estudo realizado por Poggi (2007) apresenta que, em hospital do nordeste em que na época foram realizadas 74 cirurgias, 55 foram em mulheres e 19 em homens.

O maior índice de mulher também nos remete a um dos aspectos da cultura atual. Trata-se do destaque concedido ao corpo e da busca por modificações corporais, as quais impulsionam as pessoas a recorrerem cada vez mais aos recursos que são ofertados (Fernandes, 2011). Apesar do objetivo principal da cirurgia ser a perda de peso e conseqüentemente as modificações metabólicas e remissão de comorbidades (Diniz & Maciante, 2012), as questões estéticas também estão presentes, pois o corpo, diante da cirurgia, passa por todo um processo de modificação que repercute na imagem corporal.

Foi observado que houve um maior número de procedimentos cirúrgicos, que corresponde a 125 cirurgias (45,3%), na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos e em seguida observamos o seguinte: 25,7% de 38 a 47 anos, 18,1% de 48 a 60 anos e 10,9% de 18 a 27 anos. Assim, a idade dos pacientes ao realizar a cirurgia no Programa, variou de 18 a 60 anos.

O menor número de cirurgias foi na faixa-etária compreendida entre 18 e 27 anos. A idade mínima estabelecida para a realização da cirurgia, na fase em que foi realizada a análise dos prontuários, era de 18 anos. Porém, na portaria do Ministério da Saúde no 425, de 19 de março de 2013 (Brasil, 2013), houve uma redução da idade mínima para 16 anos, quando a obesidade ocasionar risco de vida ao adolescente. Pesquisa apontou o crescimento dos casos de obesidade nas camadas da população menos favorecida economicamente e em indivíduos mais jovens (Berti & Caravatto, 2012). Os dados do IBGE (Brasil, 2010) evidenciaram que o sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade e cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos.



Além de ser constatado o aumento da obesidade nos indivíduos mais jovens, considera-se também que, no levantamento dos dados de prontuários, foi observado que houve um maior número de procedimentos cirúrgicos, que corresponde a 125 cirurgias, na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos. Os parâmetros estabelecidos para a realização da cirurgia bariátrica ressaltam que, para a realização da cirurgia bariátrica o paciente deve ter realizado anteriormente os tratamentos clínicos convencionais e não ter obtido sucesso nestes (Berti & Caravatto, 2012). De acordo com Nissen (2012), esses tratamentos incluem as dietas, os exercícios físicos e o uso de fármacos. Porém, observa-se que, há casos em que as pessoas, ao invés de buscar os meios para emagrecer e evitar a cirurgia, pelo contrário, recorrem ao excesso alimentar para engordar e, a partir daí, obter o IMC que possibilite realizar a cirurgia bariátrica. Esse é um fato que acontece porque algumas pessoas consideram a cirurgia o recurso mais fácil e eficaz no tratamento da obesidade.

A maior parte dos pacientes operados nesse Programa são procedentes da capital do estado, correspondendo a 188 procedentes da capital (68,1%) e 88 do interior do estado (31,9%). De acordo com levantamento realizado pelo serviço social do Programa, de 214 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, de setembro de 2002 a dezembro de 2008, 68% residiam na capital, 29% no interior do estado e 3% de outros estados (Crispim, 2010). No levantamento realizado não foi encontrado nenhum prontuário de pacientes provenientes de outros Estados. Vale lembrar que, não tivemos acesso a 32 prontuários durante a fase de solicitação no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUPAA.

De acordo com as informações dos prontuários 237 pacientes foram operados há 2 anos ou mais, destes, 148 (62,4%) compareciam regularmente aos atendimentos com a equipe no Programa e 89 (37,6%) pacientes não estavam comparecendo. Foram excluídos os pacientes com menos de 2 anos, pois o objetivo do estudo foi investigar o reganho de peso no Programa e, as pesquisas que encontramos sobre o reganho de peso (Bastos et al., 2013; Silva, 2011, 2012), foram realizadas com os pacientes com mais de 2 anos de cirurgia bariátrica.

Observamos somente o registro em 1 prontuário de paciente com 10 anos de cirurgia. Nesse período, iniciaram-se as atividades no Programa e a primeira cirurgia foi realizada em setembro de 2002, ou seja, próximo ao final do ano. Constatou-se também um menor número de pacientes operados com 2 e 9 anos de cirurgia, respectivamente. Podemos considerar que, o número baixo de cirurgias no segundo ano do Programa seja decorrente do início de suas atividades e, pelo fato de a equipe encontrar-se ainda em processo de estruturação quanto à sua rotina. Nos demais anos, observa-se certa constância no número de cirurgias realizadas. Consideramos que este fato seja decorrente de que, nesse período, já havia uma rotina estabelecida na instituição quanto à forma de funcionamento do Programa. Já a redução do número de pacientes com 2 anos de cirurgia, pode ser decorrente das dificuldades apresentadas por Crispim (2010), quanto à escassez de profissionais, ausência de um espaço físico adequado e dificuldades financeiras dos pacientes.

As informações relacionadas ao reganho de peso foram investigadas nos 148 prontuários dos pacientes que estavam comparecendo ao Programa, na época da pesquisa de campo. Nestes, observou-se que, em 48 (32,4%) havia o registro por parte da equipe da ocorrência do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. A profissional da equipe que mais registrou essa informação foi a nutricionista. Em 100 prontuários (67,6%) não foram observadas informações que apontassem a ocorrência do reganho de peso. Vale lembrar que nesta pesquisa consideramos comparecimento do paciente ao Programa, o registro em prontuário de atendimentos realizados por algum profissional da equipe nos últimos 2 anos. Os dados obtidos corroboram o de outros estudos os quais apontam que ao longo do tempo, alguns pacientes apresentaram reganho de peso decorrentes de um hábito alimentar errôneo, aumento no consumo de álcool e sedentarismo (Cambi, Marchesini, & Baretta, 2015) e que a cirurgia bariátrica não finaliza o tratamento da obesidade, sendo necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (Silva & Kelly, 2014).

Quanto aos dados dos 48 pacientes que obtiveram reganho de peso. No que se refere ao sexo, 44 (91,7%) era do sexo feminino e 4 (8,3 %) do sexo masculino. Devido ao maior número de mulheres submetidas à cirurgia, houve também um maior número de mulheres em que foi observada a ocorrência do reganho de peso. No que diz respeito a faixa-etária 20 pacientes (41,7%) com idade compreendida entre 28 a 37 anos, 12 pacientes (25%) de 38 a 47 anos, 9 pacientes (18,7%) de 48 a 60 anos e 7 pacientes (14,6%) na faixa etária compreendida entre 18 a 27 anos. A faixa-etária compreendida entre 28 e 37 anos, foi a que apresentou uma maior ocorrência do reganho de peso. Isso corresponde ao fato de ser também a faixa-etária onde houve um maior número de pacientes operados. Quanto à procedência, 39 pacientes são da capital e apenas 9 procedem do interior do Estado. Isso corresponde também ao maior número de cirurgias realizadas em pacientes da capital do Estado.

Em relação ao tempo de cirurgia dos pacientes que apresentaram registro de reganho de peso registrado em prontuário foi observado o seguinte: 12 pacientes (25%) com 5 anos de cirurgia, 10 pacientes (20,8%) com 7 anos, 8 pacientes (16,7%) com 4 anos, 6 pacientes (12,5%) com 8 anos, 5 pacientes (10,4%) com 6 anos, 4 pacientes (8,3%) com 3 anos, 2 pacientes (4,2%) com 9 anos e 1 paciente (2,1%) com 2 anos. No que se refere ao tempo dos pacientes com reganho de peso, foi observado que houve um número maior de casos de reganho de peso nos pacientes com 5 anos de cirurgia e, em seguida, vêm os pacientes com 7 e 4 anos, respectivamente.

### DISCUSSÃO

Assim como observado na presente pesquisa, os dados da literatura ressaltam uma incidência maior de reganho de peso após 2 anos de cirurgia (Silva, 2011; 2012), sendo esse fator atribuído ao maior tempo transcorrido após a cirurgia (Carvalho Júnior, 2013) e a não adesão do paciente ao tratamento (Ximenes, 2009; Carvalho Júnior, 2013). Apesar de ter sido observado um aumento crescente do número de pacientes com reganho de peso com até 5 anos de cirurgia, houve uma diminuição nos pacientes com 6 anos de pós-operatório. Essa é uma situação que indica que o tempo transcorrido pode influenciar, porém, não foi nessa pesquisa um fator determinante.

As queixas atribuídas pelos pacientes ao reganho de peso ocorrido no pós-operatório de cirurgia bariátrica foram as seguintes: ansiedade, compulsão alimentar, fome em excesso, problemas familiares, descontrole alimentar, fome noturna, consumo de bebida alcoólica, problemas pessoais, angústia, insatisfação com o aumento de peso, depressão, desejo de perder peso, compulsão por doces, alimentação irregular, compulsão por comida e compras, estresse, trabalha com alimentos e consome em excesso e o fato de comer, vomitar e em seguida comer de novo.

Vale ressaltar que, em alguns prontuários, havia o registro de mais de uma queixa. Outro aspecto observado na análise referente às queixas foi o registro destas por mais de um profissional, principalmente da nutricionista e do cirurgião. Essas queixas foram descritas nessa pesquisa do modo como estavam registradas no prontuário – “paciente queixa de...”. Esses registros referem-se às situações atribuídas aos pacientes, na ocorrência do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Podemos considerar que, as queixas registradas em prontuário nos indicam que a cirurgia não foi o suficiente para manter-se magro após a cirurgia. As queixas retratam que todos os pacientes que obtiveram reganho de peso, atribuíram uma causa a essa situação, a qual indica a importância de estudos futuros sobre o tema.

No presente estudo, foi possível observar que apesar da cirurgia bariátrica ser considerada um tratamento eficaz à obesidade que proporciona perda de peso (Cambi, Marchesini, & Baretta, 2015), há casos em que os pacientes apresentam reganho de peso no pós-operatório. Esta foi uma situação

observada no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA. Apesar de a técnica cirúrgica ter sido a mesma, os resultados não foram iguais para todos os pacientes.

Diante do exposto, conclui-se que, o reganho de peso é uma situação que realça a importância em considerar a relação que cada paciente estabelece com a obesidade, o alimento e a cirurgia bariátrica. Por mais que a clínica da obesidade busque meios de padronização de procedimentos, o reganho de peso evidencia a importância em considerar os aspectos subjetivos no tratamento da obesidade.

## REFERÊNCIAS

- Agência Brasil. (2013). Mulheres de 35 a 45 anos são maioria entre pacientes de cirurgia bariátrica. Edição Carolina Pimentel. Recuperado em 8 outubro. 2013, de <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-03-19/mulheres-de-35-45-anos-sao-maioria-entre-pacientes-de-cirurgia-bariatrica>.
- Barbosa, E. M. W. G.(2010). Importância do acompanhamento nutricional na cirurgia bariátrica. In: J. J. O. Toscano (Org.). *Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar* (pp71-86). Maceió: EDUFAL.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E,M,V,G., Soriano, G,M,S., Santos, E.A., & Vasconcelos, S.M.L. (2013). Fatores determinantes do reganho de peso ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiv*, 26(1), 26-32. doi:org/10.1590/S0102-67202013000600007
- Beleli, C. A. V., Silva,R.M., Camargo, M.A., & Scopin, D.R. (2011). Los predictivos de pérdida de peso en lós pacientes sometidos a laderivación gástrica em Y-de-Roux. *BMI Bariátrica e Metabólica Ibero-Americana*, 1(1), 16-23.
- Berti, L.V., & Caravatto, P. P. P. (2012). Importância da obesidade no Brasil e no mundo. In: M.T.C. Diniz (Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria n. 425 de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Recuperado 25 março, 2013, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013). Acesso em: 25 mar. 2013.
- Cambi, M. P. C., Marchesini, S. D., & Baretta, G.A.P. (2015). Reganho de peso após cirurgia barátrica; avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópica de argônio. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 28(1), 40-43. doi:org/10.1590/S0102-67202015000100011
- Carvalho Júnior, A. (2013). *Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com reganho de peso: um estudo clínico qualitativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Crispim, M. A. C. (2010). Intervenção do assistente social no programa de cirurgia bariátrica e sua contribuição na construção de um trabalho interdisciplinar (pp. 37-47). In: J. J. O. Toscano (Org.). *Obesidade mórbida:abordagem multidisciplinar*. Maceió: EDUFAL.
- Diniz, M. T. C., & Maciante, B. A. (2012). Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. In: M. T. C. Diniz.(Org.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo: clínica psicanalítica*. (3. ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (pp. 20-38). Porto Alegre: Artmed.

- Franques, A. R. M, Pacheco, E, Belfort, M.O, & Gomes, S. (2011). O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. (Org.). *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade* (pp. 263-272). São Paulo: Vetor.
- Izidorio, R., & Lima, T.C.S. (2013). Serviço social e programa de cirurgia bariátrica: sistematizações iniciais. *Argumentum*, 4 (2), 145-160.
- Magro, D. O.(2012). Preparo pré-operatório nutricional e psicoeducacional. In: A. Segal, & A. R. M. Franques (Org.). *Atuação multidisciplinar na cirurgia: a visão da COESAS-SBCBM* (pp.80-90). São Paulo: Miró Editorial.
- Nissen, L.P.,Vieira, L.H., Bozza, L.F., Veiga, B.F.L.B.,Pereira, J.H., & Furlan, L.H.P. (2012). Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(24), 184-190. doi:10.5712/rbmfc7(24)472
- Pinto, A. A. (2009). instituição é o nosso caso clínico. *CliniCAPS*, Belo Horizonte, 8, Recuperado em 22 abril, 2013, de [http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Rev\\_08/Revista%208%20art%203.pdf](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_08/Revista%208%20art%203.pdf).
- Poggi, B. G.(2007) O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco*, Recife, PE, Brasil.
- Rosenbaum, P. (2012). Definição do problema: obesidade. In: A.Segal, & A.R.M. Franques (Orgs.). *Atuação multidisciplinar na cirurgia: a visão da COESAS-SBCBM*.(pp. 32-42). São Paulo: Miró Editorial.
- Silva, F. B. L.(2012). *Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y-de-Roux*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF: Brasil.
- Silva, R. S. (2011). Reganho de peso após dois anos ou mais de pós-operatório de by-pass gástrico em Y-de-Roux. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. RS, Brasil.
- Silva, R.F, & Kelly, E.O. (2014). Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao Bypass gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de obesidade, Nutrição e emagrecimento*, 8(47),134-141.
- Siqueira, A. C, & Pontes, A. N. C.(2010) Importância do acompanhamento psicológico no pré-operatório de cirurgia bariátrica. In: J.J.O, Toscano. (Org.). *Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar* (pp. 59-70). Maceió, AL: EDUFAL.
- Siqueira, A.C, Zanotti, S.V, Farias, G, Fontan, A, Barbosa, E.W & Crispim, A. (2012). Efeitos de um grupo de apoio no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 14, Maceió. Resumos dos temas livres. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.
- Toscano, J. (2010). Aspectos gerais da obesidade mórbida. Em: J.J.O, Toscano.(Org.). *Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar* (pp. 17-27). Maceió, AL: EDUFAL.
- Toscano, J., & Barbosa, E. W. (2010). Obesidade mórbida: algo mais que intervenção cirúrgica. In: J.J.O, Toscano. (Org.). *Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar* (pp. 29-35). Maceió, AL: EDUFAL.
- Venâncio, C., Conceição, E., & Machado, P. P. P.(2010). Avaliação dos padrões alimentares de pacientes bariátricos na fase pós-operatória tardia. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. *Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade* (pp.73-92). São Paulo: Vetor.
- Ximenes, E.(2009) Complicações psicológicas pós-cirúrgicas em obesidade. In: E. Ximenes. (Org.). *Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico*. São Paulo: Livraria Santos Editora.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4. ed.). pp. 23-45. Porto Alegre: Bookman.