

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**RECIDIVA DE PESO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: A
ADESÃO NUTRICIONAL COMO DIFERENCIAL PARA PREVENÇÃO.**

ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS

RECIFE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Campos, Rosaura Soares de Almeida.

Recidiva de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: a adesão nutricional como diferencial para prevenção / Rosaura Soares de Almeida Campos. - Recife, 2024.
43f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, 2024.

Orientação: Flavio Kreimer.

Coorientação: Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos.

Inclui referências e anexo.

1. Obesidade; 2. Recidiva de peso; 3. Cirurgia Bariátrica; 4. Acompanhamento nutricional; 5. Nutrição clínica; 6. Tratamento.
I. Kreimer, Flavio. II. Burgos, Maria Goretti Pessoa de Araújo.
III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS

**RECIDIVA DE PESO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA:
A ADESÃO NUTRICIONAL COMO DIFERENCIAL PARA PREVENÇÃO.**

DISSERTAÇÃO apresentada ao colegiado do Programa de Pós-graduação em Cirurgia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em cirurgia.

Orientador: Prof.^a Dr. Flávio Kreimer

Prof.^a Dr. Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos

RECIFE

2024

Dedico este trabalho primeiramente a Deus;
a minha mãe Rosália que nunca me deixou
esquecer esse sonho; ao meu pai Demétrio
(*in memoriam*), por me ensinar a não desistir
nunca; ao meu esposo Paulo, pelo apoio
incondicional; às minhas filhas, Maria Paula
e Maria Clara, como um exemplo de
dedicação e trabalho para as realizações
que almejem para as suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, pelo dom da vida, por suprir todas as minhas necessidades, por Sua misericórdia e infinita bondade, por me conceder e proporcionar esta oportunidade que tanto desejei.

Agradeço aos meus pais, Demétrio (in memoriam) e Rosália, pelo amor incondicional, pela honestidade, bondade e valorização dos estudos que me ensinaram. Sinto um amor eterno por vocês e tenho certeza de que estão felizes por mim.

Ao meu esposo Paulo, estamos juntos há 28 anos. Minha gratidão por todo o apoio e companheirismo nesta jornada.

Às minhas filhas Maria Paula e Maria Clara, amores da minha vida, meus maiores tesouros. Obrigada por me apoiarem na dedicação a este trabalho.

Ao Prof. Dr. Josemberg Campos, inicialmente meu orientador, pelo incentivo ao ingresso nesta jornada e pelo cuidado ao me encaminhar ao Prof. Dr. Flávio Kreimer, meu orientador.

Ao Prof. Dr. Flávio Kreimer, pela disponibilidade e acolhimento na realização deste sonho.

À minha coorientadora, Prof. Dra. Goretti Burgos, que conheço desde 1993, minha professora desde a graduação, por ser uma inspiração e por elevar a profissão de nutricionista e pesquisadora. Todo o meu respeito e gratidão.

Ao Hospital Santa Joana Recife, em especial à direção executiva Érica Batista, à direção de práticas assistenciais Fátima Sampaio e ao Centro de Obesidade e Diabetes, referência em cirurgia bariátrica, por permitirem a realização deste estudo.

À Juliana Zaidan, coordenadora do ISEP – Instituto Santa Joana de Ensino e Pesquisa, uma amiga querida, profissional exemplar, por viver esse sonho comigo, pelo apoio e presença nos dias alegres e nos mais desafiadores da minha vida profissional.

Ao Serviço de Nutrição deste hospital, onde fui gestora por 10 anos, e a todas as colegas de profissão que exercem com excelência o cuidado nutricional dos pacientes hospitalizados, pela amizade, apoio e compreensão nos momentos em que precisei.

RESUMO

Introdução - Apesar de a cirurgia bariátrica (CB) ser considerada um tratamento eficaz para a obesidade grave, alguns pacientes podem apresentar perda de peso (PP) insuficiente e/ou recidiva de peso (RP) em vários níveis. Assim, o cuidado nutricional tem um papel fundamental no manejo interdisciplinar desses indivíduos, tanto no pré como no pós-operatório, necessitando de manutenção ao longo da vida. **Objetivo** - Avaliar a RP no pós-operatório de três anos de CB, na perspectiva da adesão ao acompanhamento nutricional. **Metodologia** - Estudo de coorte retrospectivo, realizado no período de 2021 a 2024, com adultos, acompanhados no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE. Foram analisadas características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida em pré e pós-operatório. **Resultados** - Participaram do estudo 38 indivíduos provenientes da área metropolitana do Recife (75%), dos quais 61,1% do sexo feminino, com idade de 38,72 anos ($\pm 11,26$), sendo 97,2% ativos no mercado de trabalho. Quanto aos aspectos clínicos, observou-se alta frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (66,7%) seguidos de diabetes mellitus (22,2%) e dislipidemia (28,6%) pré-operatório. No estilo de vida, predominou o sedentarismo (88,9%), baixa ingestão de bebida alcoólica (80,6%) e frequência elevada de transtornos alimentares (69,4%). Quanto ao acompanhamento nutricional, avaliado através do número de consultas presenciais, observou-se que 52,8 % aderiram a mais de 4 consultas, nos três anos avaliados. O ganho ponderal ocorreu em 01 paciente aos 24 meses (2,9%), 01 paciente aos 36 meses (8,3%). **Conclusão** - Durante o pós-operatório de três anos, não ocorreu RP da amostra estudada, enquanto a PP se mostrou adequada.

Palavras chaves: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Recidiva de peso. Acompanhamento nutricional. Nutrição clínica. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Although bariatric surgery (BS) is considered an effective treatment for severe obesity, some patients may experience insufficient weight loss (WL) and/or weight regain (WR) at various levels. Thus, nutritional care plays a fundamental role in the interdisciplinary management of these individuals, both pre- and post-operatively, requiring lifelong maintenance. **Objective** – To evaluate WR three years after BS, from the perspective of adherence to nutritional follow-up. **Methodology** – A retrospective cohort study conducted between 2021 and 2024, including adults monitored at the Obesity and Diabetes Center of Santa Joana Hospital, Recife-PE. Sociodemographic, clinical, and lifestyle characteristics were analyzed pre- and postoperatively. **Results** – The study included 38 individuals from the metropolitan area of Recife (75%), of whom 61.1% were female, with a mean age of 38.72 years (± 11.26), and 97.2% were active in the labor market. Clinically, a high prevalence of systemic arterial hypertension (66.7%) was observed, followed by diabetes mellitus (22.2%) and dyslipidemia (28.6%) preoperatively. Regarding lifestyle, sedentary behavior predominated (88.9%), along with low alcohol intake (80.6%) and a high frequency of eating disorders (69.4%). Nutritional follow-up, assessed through the number of in-person consultations, showed that 30.6% adhered to 4–6 consultations over the three years studied, followed by 22.2% attending 7–12 consultations. Weight regain occurred in one patient at 24 months (2.9%) and one patient at 36 months (8.3%). No association was found between WR and the number of nutritionist consultations. **Conclusion** – Over the three-year postoperative period, WR did not occur in the studied sample, while WL was adequate.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery. Weight Regain. Nutritional Follow-Up. Clinical Nutrition. Treatment.

LISTA DE SIGLAS

OMS *Organização Mundial da Saúde*

OPAS *Organização Panamericana de Saúde*

ABESO *Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica*

IMC Índice De Massa Corporal

CB Cirurgia Bariátrica

RP Recidiva Do Ganho De Peso

PP Perda De Peso

SBCBM Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

BGYR By-pass Gástrico em “Y” De Roux

SG Sleeve Gástrico

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

DM Diabetes Mellitus

DLP Dislipidemia

LISTA TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024.	24
Tabela 2 – Aspectos clínicos e de estilo de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024.....	25
Tabela 3 – Evolução Antropométrica (Peso, IMC e percentual de perda peso), por período de avaliação, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024	26
Tabela 4 - Percentual perda de peso segundo características sociodemográfica, consultas e técnicas cirúrgicas, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica,no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024.....	27
Tabela 5 – Percentual perda de peso segundo estilo de vida, comorbidades e transtornos alimentares de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024.....	28
Tabela 6– Ganho ponderal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024.....	29
Gráfico: percentual de perda de peso associada às técnicas cirúrgicas e número de consultas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024	29

ANEXO

Parecer final do comitê de ética e pesquisa	40
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Apresentação do problema	11
1.2 Justificativa	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 Cirurgia bariátrica.....	14
2.2 Técnicas cirúrgicas autorizadas no Brasil.....	15
2.3 Evolução ponderal	17
2.4 Recidiva de peso.....	17
2.5 Acompanhamento nutricional.....	18
3. OBJETIVO	19
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	19
4.1 Desenho, população, local e período do estudo.....	19
4.2 Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão)	19
4.3 Procedimentos técnicos/ Coleta de dados.....	20
4.4 Procedimentos éticos	20
4.5 Procedimentos estatísticos	21
5. RESULTADOS.....	22
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONCLUSÃO.....	32
8. REFERÊNCIAS.....	33
Anexo.....	39

1.INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do problema

Estima-se que, até 2025, aproximadamente 167 milhões de pessoas – adultos e crianças, ficarão menos saudáveis por estarem acima do peso ou com obesidade (OMS, 2024; OPAS,2024).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO a obesidade é caracterizada pelo excesso de peso proveniente do acúmulo de gordura corporal, determinado por um índice de massa corporal (IMC) igual, ou acima de 30kg/m² (relação do peso dividido pela altura ao quadrado), (ABESO,2024).

Nova definição de obesidade foi divulgada em janeiro de 2025, com o apoio da revista científica *The Lancet*, com proposta de novas diretrizes para tratamento, reconhecendo-a como uma doença crônica e contínua, e não apenas como um fator de risco e distingue também obesidade clínica da obesidade pré-clínica, conforme a presença ou ausência de manifestações clínicas objetivas de disfunção orgânica, contribuindo significativamente para a compreensão e no manejo da obesidade, já que diferenciando obesidade pré-clínica e obesidade clínica, os novos critérios reconhecem que o excesso de adiposidade pode se manifestar de formas distintas, ora como um fator de risco, ora como uma condição de doença estabelecida.(RUBINO,F. et al,2025).

A Cirurgia Bariátrica (CB) é uma das opções de tratamento da obesidade grave. É consenso na literatura que o acompanhamento do paciente submetido à cirurgia deve ser multidisciplinar, sendo a nutrição um fator determinante para o sucesso cirúrgico. (GODOY et al,2019; OLIVEIRA & BRITES,2020)

Apesar de não haver consenso sobre a eficácia e o tempo de acompanhamento multiprofissional dos indivíduos submetidos à CB, estudos descrevem que o seguimento deve ser interdisciplinar e que o maior contato com as equipes pode contribuir para o aumento da percepção da necessidade de cuidados com a saúde em longo prazo. (SCABIN et al,2012; STUMPF & MANCINI,2024).

O atendimento nutricional no pré e pós-operatório são importantes para preparar e auxiliar o paciente na perda peso de forma saudável e sustentável. Ao mesmo tempo em que

atua na correção de carências nutricionais, com melhoras na qualidade de vida. No entanto, a adesão às consultas é elvada no primeiro trimestre, período de alimentação mais restrita, sendo reduzidas significativamente com o tempo, o que representa risco para a continuidade

do cuidado desses indivíduos submetidos à CB. (PEACOCK & SCHMIDT,2016; RODRIGUES et al.,2017; SALTE et al.,2024).

Recidiva de ganho de peso (RP) é comum após os pacientes atingirem seu peso nadir, entendido como a melhor perda de peso (PP) ocorrida entre 18 e 24 meses do pós-operatório. É nesse momento que a PP tende a se estabilizar, e o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade é definido pela perda de pelo menos 50% do excesso de peso inicial (KING et al,2020; FÉLIX et al,2022; REIS et al,2024).

Cerca de 20-25% dos pacientes apresentam considerável RP após a CB. No pós-operatório imediato, ocorre redução significativa da ingestão calórica, por redução da capacidade gástrica, diminuição da fome e aumento da saciedade. Entretanto, em alguns pacientes, a ingestão calórica aumenta de forma rápida, contribuindo para a RP que, pode ser tratada com intervenção multidisciplinar o mais precoce possível. Neste contexto ocorre diagnóstico das possíveis causas, anatômicas, dietéticas, psiquiátricas, temporais e hormonais. (PARREIRA,OLIVEIRA & BARDAL, 2020; ELANSARI&ELHAG,2021; COURCOULAS et al,2024;).

Segundo posicionamento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), normalmente, é esperado que, após 18 meses da cirurgia, quando paciente atinge seu peso mais baixo, ele recupere cerca de 10% do peso perdido, como uma adaptação fisiológica natural para estabilizar o peso e o desenvolvimento dos pacientes em habilidades psicológicas para comportamentos positivos de saúde a longo prazo soma benefícios de tratamento. (SBCBM,2023; REIS et al,2024).

A melhoria contínua para refinar as intervenções que visam a corroborar com a PP adequada e evitar a RP é imperativa, dado às consequências significativas para a saúde e bem-estar do paciente bariátrico e que podem envolver questões nutricionais críticas, durante o período perioperatório, o que reforça a necessidade do cuidado para o sucesso a longo prazo da CB. Assim, seguir as diretrizes ajuda a garantir uma nutrição adequada, prevenir deficiências nutricionais e evitar complicações, tendo os indivíduos maiores chances de manter a PP e melhorar sua saúde geral. (THIBAUT et al,2016; DAGAN,2017).

1.2 Justificativa

O conceito mais amplamente aceito de RP, preferido em relação ao termo “reganho de peso”, é definido como o aumento de mais de 50% do peso perdido durante o tratamento. Estudos de alta qualidade, que analisam populações de pacientes submetidos à cirurgia, publicados em revistas científicas de alto impacto, mostram que, ao longo de oito anos, os índices de RP não ultrapassam trinta e sete por cento. (ABESO,2024; SBCBM,2024).

Esse conceito corrobora com extensa revisão bibliográfica que aponta como definição principal de RP a recuperação ponderal progressiva que ocorre após a obtenção de uma perda de peso inicial bem-sucedida, ou PP >50%. (NEDELCU, KHWAJA , ROGULA,2016).

Considerando como referência uma adesão adequada de 4 ou mais consultas, nos primeiros 12 meses, acredita-se que a baixa adesão às prescrições dietéticas e de atividade física, sejam o grande responsável pelo RP significativo (SCABIN et al,2012; ARAÚJO et al. ;2019).

O acompanhamento a longo prazo de uma equipe multidisciplinar, o monitoramento contínuo e o suporte nutricional são essenciais para garantir que os pacientes permaneçam saudáveis após a CB e essa regularidade permite a detecção precoce de deficiências nutricionais e outras complicações, além de fornecer apoio na adaptação a novas rotinas alimentares e comportamentais. Isso inclui consultas regulares com nutricionistas, endocrinologistas e outros profissionais de saúde para manter o bem-estar do paciente a longo prazo e prevenir a RP. (THIBAUT et al,2016; CASTANHA et al,2018).

O período do estudo coincidiu com a pandemia do COVID -19, motivo do qual o número amostral foi bastante reduzido, sendo realizado em todo o ano o número de cirurgias que antes eram realizadas em um mês.

Dessa forma, conhecer a realidade de adesão as consultas de nutrição ao longo do pós-operatório, poderá possibilitar alternativas de orientações pela equipe multidisciplinar que permitam uma maior adesão, consequentemente menos complicações, prevenção de RP e boa qualidade de vida.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Cirurgia bariátrica

A CB quando combinada com um plano alimentar adequado e modificação de estilo de vida, vem sendo considerada um tratamento eficaz para a obesidade mórbida e suas comorbidades, sendo cada vez mais realizada globalmente; no entanto, os mecanismos biológicos exatos, pelos quais a cirurgia melhora a saúde ainda não são completamente compreendidos; uma hipótese é a inflamatória, que sugere estar a obesidade associada a um estado inflamatório de baixo grau, e que a perda de peso resultante da cirurgia reduz essa inflamação, melhorando a saúde. (HOOD et al., 2016; DA MATA & MEDEIROS,2019; CHOI, DING & MAGKOS,2019).

A capacidade da CB de controlar ou minimizar a inflamação é um campo de estudo crescente. No entanto, há poucos estudos focados no período de maior perda de peso, que ocorre nos primeiros seis meses após a cirurgia. As técnicas mais comuns atualmente são o Bypass gástrico em “Y” de Roux (BGYR) e a Gastrectomia vertical ou Sleeve gástrico (SG). (BUSSETO et al,2018; CHIAPPETTA et al;2018).

Em estudo de 2018, CHIAPPETTA et al. comparou técnicas como SG, BGYR e by-pass gástrico em anastomose sobre marcadores inflamatórios e concluiu que a perda de peso induzida cirurgicamente, e não as mudanças anatômicas, pode desempenhar um papel importante na melhoria da inflamação crônica.(CHIAPPETTA et al.,2018).

É comum resultados de estudos apontarem RP significativa, associada a baixa adesão à dieta pós-operatória, como uma das razões, e muitos artigos de revisão da literatura sobre RP destacam a importância do acompanhamento contínuo (PEACOCK & SCHMIDT,2016; PARREIRA & OLIVEIRA,2020).

2.2 Técnicas bariátricas autorizadas no Brasil

Conforme a resolução de 2015 do Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, são aprovadas diversas técnicas de cirurgia bariátrica, com exceção do balão intragástrico, que não é considerado um procedimento cirúrgico; sendo os resultados e riscos

dessas técnicas amplamente documentados em publicações científicas confiáveis e em estudos multicêntricos, podendo ser executadas tanto por laparotomia quanto por laparoscopia.(CFM,2015; SBCBM,2023).

Segundo a SBCBM (2023), essas cirurgias se classificam pelo mecanismo de funcionamento como **cirurgias restritivas**, as de bandagem gástrica ajustável e a SG **cirurgias mistas predominantemente mal absorptivas** (derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal, com ou sem preservação gástrica distal, derivação Biliopancreática com gastrectomia vertical e preservação pilórica) e **predominantemente restritivas** como BGYR. Já os balões Intragástricos, não são procedimentos cirúrgicos, e a utilização é reconhecida como método terapêutico auxiliar para preparo pré-operatório. (SBCBM,2023).

Dados do Sistema único de Saúde do Brasil (SUS) publicados em 2021, aponta o BGYR como a técnica mais comum, representando cerca de 75% das cirurgias bariátricas realizadas no país. Ela combina a restrição do volume do estômago com um desvio intestinal, comorbidades, mas a má absorção pode levar a deficiências nutricionais. (SUS,2024).

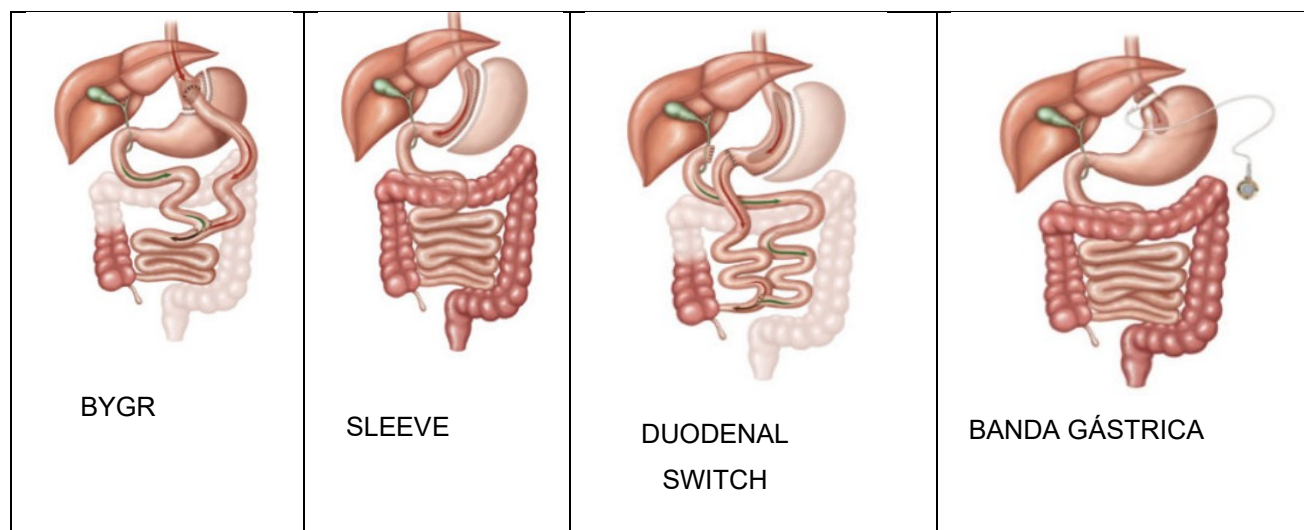
Em 2022, foram realizadas no Brasil 63.016 cirurgias bariátricas, sendo que 57.152 através de planos de saúde e 2.864 realizadas na rede pública de saúde/SUS, o que representou, nesse período, menos de 1% da população com obesidade indicativa de tratamento cirúrgico. (SBCBM,2024 & ANS,2024)).

A SG, também conhecida como gastrectomia em manga, envolve a remoção de uma grande parte do estômago, resultando em um tubo gástrico estreito, PP e no controle de doenças metabólicas, considerada uma cirurgia mais simples, entretanto, nos superobesos, sua execução é mais difícil e envolve riscos associados como estenoses, fístulas e sangramentos. (CHOI,2019; STUMPF & MANCINI,2024).

A técnica Duodenal Switch é um tipo de derivação biliopancreática que envolve a remoção de parte do estômago e um desvio intestinal significativo, combinando uma gastrectomia subtotal (redução do tamanho do estômago), com a criação de um Y de Roux (desvio do intestino delgado para induzir mal absorção), representa 5% das cirurgias realizadas no Brasil. (GODOY et al.,2019; SBCBM,2023).

Dados da SBCBM apontam que a banda gástrica, apesar de ser segura e eficaz, responde por cerca de 1% dos procedimentos realizados no Brasil, é uma técnica puramente restritiva

e tem contra ela a presença do anel, que é uma prótese, podendo, a qualquer momento, apresentar problemas e complicações decorrentes de sua presença na cavidade abdominal. (SBCBM,2023).



*Principais técnicas cirúrgicas no Brasil/ Fonte: SBCBM

2.3 Evolução ponderal adequada

Em revisão sistemática usando a recomendação PRISMA, de dez artigos entre os anos de 2015 e 2020, Felix et al verificou que em 90% dos artigos analisados, a maior PP ocorreu nos primeiros dois anos de seguimento e dos artigos que fazem menção a mais do que uma técnica cirúrgica (40%), o BGYR é a que se relaciona com maior perda ponderal, seguida de Gastrectomia Vertical/Gastrectomia Vertical por Laparoscopia e com menores resultados a Banda Gástrica Ajustável/ Banda Gástrica Ajustável por Laparoscopia. A conclusão do estudo é que a CB continua a ser um método eficaz para o tratamento da obesidade mórbida ou obesidade grau 2, com pelo menos uma comorbidade a curto prazo, sendo necessário o acompanhamento nutricional rigoroso para ajudar na obtenção de melhores resultados a longo prazo, bem como na sua manutenção. (FELIX et al.2022).

A quantidade de PP ocorre de maneira distinta a depender da técnica cirúrgica e, enquanto a RP pode ocorrer em 20 a 35% dos pacientes, conforme procedimento e tempo de pós-operatório. (KING, HINERMAN & COURCOULAS,2020).

Segundo o estudo de Courcoulas et al., atualizado em 2024 sobre a quantidade média de perda de peso pós CB, os pacientes da técnica de BGYR perderam em média cerca de 70% **do seu peso excessivo**, geralmente definido como o peso que excede o ideal para a altura e composição corporal de uma pessoa. Esse excesso é calculado com base no Índice de Massa Corporal (IMC), onde um IMC acima de 40 é considerado obesidade mórbida, e um IMC entre 35 e 39,9 é considerado obesidade grau II. (COURCULLAS et al.,2024)

2.4 Recidiva de peso

Um aumento de peso maior que 20% do peso nadir seria um indicativo a considerar para cuidado objetivando a perda ponderal. (KING, HINERMAN & COURCOULAS,2020).

A PP costuma ocorrer ao longo dos primeiros 18 meses após a cirurgia, e é considerado normal haver um reganho de até 10% dos quilos que foram perdidos nesse período. (SBCBM,2024; ABESO,2024).

Estudo americano realizado em dez hospitais, de diferentes regiões, com 2.348 pacientes em pós-operatório de sete anos, observou PP de 28,4% com recuperação de 3,9% no BGYR, ressaltando a importância de um seguimento interdisciplinar para esses pacientes. (COURCOULAS et al.,2024; REIS et al,2024).

Além disso, sabe-se que a RP após CB é um fenômeno observado em alguns pacientes e pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo hábitos alimentares, nível de atividade física e acompanhamento médico. Essas intervenções contínuas são essenciais para manter os resultados da CB e minimizar o RP. Todos esses pontos destacam a necessidade de um acompanhamento contínuo e multidisciplinar, com suporte nutricional, psicológico e físico, para minimizar e/ou evitar o RP e assegurar o sucesso duradouro da CB. (HOOD et al,2016; MUNDBJERG et al.,2023).

A inconsistência existente, multiplicidade e ausência de uma definição padronizada de RP levam a uma fraca comunicação e compreensão da situação significado clínico do RP em CB(LAUTI et al.,2016; LAUTI et al,2017;KING et al;2018).

2.5 Acompanhamento nutricional

O acompanhamento nutricional em CB visa a mitigar possíveis carências nutricionais frente às mudanças de consistências e volume alimentar que farão parte do novo padrão alimentar do paciente bariátrico e o acompanhamento pós-cirúrgico é crucial para garantir a recuperação e a manutenção da perda de peso, além de melhorar os resultados metabólicos

e cardiovasculares dos pacientes (TESS,2015; CASTANHA et al,2018).

Scabin e col,2012, em uma coorte retrospectiva, considerou aderente o comparecimento a quatro ou mais consultas nutricionais nos 12 primeiros meses após a cirurgia. (SCABIN,2012).

Segundo protocolo da SBCBM, é essencial ter acompanhamento nutricional antes e depois da cirurgia, e a sistematização do cuidado nutricional centrado na individualidade de cada paciente é fundamental para a melhor assistência e efetividade do cuidado, desde o pré-operatório, sendo o nutricionista clínico vital para o acompanhamento nutricional a longo prazo. (MECHANIK et al.,2020; SBCBM,2023).

Estudo de HANDZLIK-ORLIK e colaboradores sobre gestão do cuidado pós bariátrica aborda detalhadamente as etapas do acompanhamento nutricional, desde a avaliação pré-operatória, realizada por um nutricionista para identificar deficiências nutricionais e preparar o paciente para a mudança alimentar pós-cirúrgica, onde o seguimento nutricional conduz o indivíduo em todas as fases de progressão da dieta, desde a **fase líquida clara**, inicialmente, o paciente consome apenas líquidos claros para permitir a cicatrização do trato digestivo; **fase líquida completa**, com introdução de líquidos mais calóricos, como leite e iogurte, para aumentar a ingestão calórica de forma controlada; **fase pastosa**, com a introdução de purês de frutas e vegetais bem cozidos; **fase branda**, com alimentos macios, como ovos e queijos leves adicionados à dieta e a **fase normal**: com reintrodução gradual de alimentos sólidos normais, mantendo uma dieta equilibrada e saudável. Todas essas etapas são essenciais para garantir uma recuperação adequada e a manutenção da perda de peso a longo prazo. (HANDZLIK-ORLIK,2016)

3.OBJETIVOS

Avaliar recidiva ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica na perspectiva da adesão ao acompanhamento nutricional.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho, População, Local e Período do estudo

Trata-se uma coorte longitudinal retrospectivo realizado no período de 2021 a 2024, com adultos, de ambos os sexos, submetidos à CB pelas técnicas de BGYR e SG, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE. Foram coletados dados secundários de prontuários eletrônicos, de 38 pacientes, adultos e de ambos os sexos.

4.2 Critérios de elegibilidade

4.2.1 Critério de inclusão:

- diagnóstico de obesidade, com IMC superior a 35 kg/m², no momento da cirurgia;
- ambos os sexos
- adultos (20 a 59 anos);
- pacientes sem cirurgia plástica abdominal anterior ou outras cirurgias de grande porte do trato gastrointestinal.

4.2.2 Critério de exclusão:

- portadores de nefropatias, hepatopatias, SIDA, edema elevado, alto grau de amputação, além de cirurgias plásticas e gástricas de alto porte, pré ou pós-operatórios de qualquer cirurgia;
- pacientes com fichas de consultas inelegíveis e /ou incompletas;
- falta de admissão hospitalar por intercorrências cirúrgicas, no pós-operatório de CB;
- ter usado terapia enteral e parenteral no pós-operatório, da CB.

4.3 Procedimentos Técnicos (Coleta de dados)

Os dados foram compilados exclusivamente de prontuários eletrônicos do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, hospital privado localizado na cidade do Recife-PE.

Foi considerado para análise adesão às consultas de nutrição (número de consultas realizadas por indivíduo), características antropométricas (IMC,PP,RP), sociodemográficas (inserção no mercado de trabalho e procedência), clínicas (presença de DM, HAS, DLP e TA - referido pelo paciente e registrado nos prontuários) e, hábitos de estilo de vida (atividade física considerado mínimo de 150 minutos por semana em dias alternados - IPAQ,2001(MATSUDO et al.;2001); uso de bebidas alcóolicas – considerado consumo de qualquer tipo de bebida e dose/dia, durante quatro ou mais dias da semana), em diferentes períodos (pré-operatório, dos 12,24 e 36 meses) pós CB.

Este estudo adotou como adesão adequada a realização de quatro ou mais consultas como referência de SCABIN et al.2012 e da ASMB,2013. Segundo órgãos regulatórios da atuação dos profissionais em CB (ASMB,2013; CFN,2023), sugerem que os pacientes bariátricos passem por avaliações nutricionais regulares no pré e pós-operatórios. Embora o número específico de consultas possa variar conforme as necessidades de cada paciente, a recomendação é que sejam realizadas consultas mensais ao longo do primeiro ano após a cirurgia. Após esse período, a frequência das consultas pode ser ajustada de acordo com o progresso e as necessidades individuais do paciente.

Quanto a RP, foi considerado o estabelecido como sendo o aumento de mais de 50% do peso perdido, durante o período de três anos deste estudo. (SBCBM,2023; ABESO,2024).

4.4 Procedimentos éticos

A coleta de dados apenas iniciou após aprovação do comitê de ética em pesquisa em seres humanos do Hospital da Restauração, Recife-PE, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A), parecer de nº 6.981.267, em 02 de agosto de 2024.

4.5 Procedimentos estatísticos

As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e percentuais com respectivo intervalo de confiança para as proporções e as variáveis numéricas pelas medidas estatísticas: média, desvio padrão (média \pm DP) e mediana e percentis 25 e 75 (mediana (P25; P75)). Para avaliar diferença significativa entre pares de avaliações, foi utilizado teste de McNemar no caso das variáveis categóricas, teste de Friedman no caso de variáveis numéricas. Na comparação entre categorias para a variável numérica percentual de perda de peso foi utilizado o teste t-Student com variâncias iguais nas situações com duas categorias e F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis nas situações com mais de duas faixas etárias. Nas situações com diferenças significativas entre as avaliações pelo teste de Friedman, foram obtidos testes de comparações múltiplas *a posteriori* (entre os pares de avaliação) do referido teste. A escolha dos testes t-Student e F (ANOVA) ocorreram nos casos que a distribuição da variável numérica apresentava distribuição normal em cada categoria e os testes de Friedman, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis nos casos da rejeição da normalidade ou amostras inferiores a oito pacientes em alguma categoria. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de variância foi pelo teste F de Levene. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos com confiança de 95%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 25.

5. RESULTADOS

Foram submetidos a CB no período 38 pacientes, nas duas técnicas estudadas. Da amostra inicial, ocorreu perda de seguimento de dois pacientes, finalizando uma amostra de 36. Na Tabela 1, estão descritas características sociodemográficas com predominância de indivíduos ativos no mercado de trabalho, procedente da área metropolitana do Recife e sexo feminino. A idade variou de 20 a 59 anos, teve média de $38,72 \pm 11,26$ anos e mediana de 39,00 anos e, acompanhamento pela nutricionista de uma a três consultas, nos três anos avaliados (TABELA 1).

Tabela 1– Características sociodemográficas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024

Variável	n (%)	IC à 95%
TOTAL	36 (100,0)	
Faixa etária		
20 a 39	18 (50,0)	33,7 a 66,3
40 a 59	18 (50,0)	-
Sexo		
Masculino	14 (38,9)	23,0 a 54,8
Feminino	22 (61,1)	-
Ocupação (ativo no mercado de trabalho)		
Não	1 (2,8)	-2,6 a 8,1
Sim	35 (97,2)	-
Procedência		
Área urbana	27 (75,0)	60,9 a 89,1
Área rural	9 (25,0)	-
Número de consultas		
1 a 3	17 (47,2)	30,9 a 63,5
4 ou mais	19(52,8)	-
Técnica cirúrgica		
Sleeve	11 (30,6)	15,5 a 45,6
Bypass	25 (69,4)	-

Em relação aos aspectos clínicos e de estilo de vida (TABELA 2), destaca-se a frequência de hipertensão pré-operatória (66,7%) e pós 36 meses de cirurgia (30,4%), transtornos alimentares pré-operatória (69,4%) e pós 36 meses de cirurgia (0%), e sedentarismo pré-operatória (11,1%) e pós 36 meses de cirurgia (20%),

Tabela 2 – Aspectos clínicos e de estilo de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024

Variável	Período de avaliação				Valor de p
	Pré n (%)	12 meses n (%)	24 meses n (%)	36 meses n (%)	
HAS					
Sim	24 (66,7)	10 (27,8)	12 (33,3)	7 (30,4)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	12 (33,3)	26 (72,2)	24 (66,7)	16 (69,6)	p ⁽²⁾ = 1,000
TOTAL	36 (100,0)	36 (100,0)	36 (100,0)	23 (100,0)	p ⁽³⁾ = 1,000
DM					
Sim	8 (22,2)	3 (8,3)	3 (8,6)	2 (20,0)	p ⁽¹⁾ = 0,500
Não	28 (77,8)	33 (91,7)	32 (91,4)	8 (80,0)	p ⁽²⁾ = 0,375
TOTAL	36 (100,0)	36 (100,0)	35 (100,0)	10 (100,0)	p ⁽³⁾ = 0,625
DLP					
Sim	10 (28,6)	3 (8,6)	3 (8,6)	2 (8,7)	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	25 (71,4)	32 (91,4)	32 (91,4)	21 (91,3)	p ⁽²⁾ = 1,000
TOTAL	35 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)	23 (100,0)	p ⁽³⁾ = 1,000
Álcool					
Sim	7 (19,4)	7 (19,4)	7 (19,4)	-	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	29 (80,6)	29 (80,6)	29 (80,6)	10 (100,0)	p ⁽²⁾ = 1,000
TOTAL	36 (100,0)	36 (100,0)	36 (100,0)	10 (100,0)	**
Atividade física					
Sim (≥150min/ semana)	4 (11,1)	12 (33,3)	12 (33,3)	2 (20,0)	p ⁽¹⁾ = 0,500
Não	32 (88,9)	24 (66,7)	24 (66,7)	8(80,0)	p ⁽²⁾ = 0,500
TOTAL	36 (100,0)	36 (100,0)	36 (100,0)	10 (100,0)	p ⁽³⁾ = 1,000
Transtorno alimentar					
Sim	25 (69,4)	5 (14,3)	-	-	p ⁽¹⁾ = 0,004*
Não	11 (30,6)	30 (85,7)	-	8 (100,0)	**
TOTAL	36 (100,0)	35 (100,0)	-	8 (100,0)	**

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste McNemar entre as avaliações Pré e 12 meses

(2) Teste McNemar entre as avaliações Pré e 24 meses

(3) Teste McNemar entre as avaliações Pré e 36 meses.

Na Tabela 3, destaca-se o %PP $49,95 \pm 13,70$ e o IMC de sobrepeso no último período avaliado.

Tabela 3 – Evolução Antropométrica, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024

Variável	Período de avaliação			
	Pré (n = 36)	12 meses (n = 36)	24 meses (n = 34)	36 meses (n = 12)
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
	Mediana (P25; P75)	Mediana (P25; P75)	Mediana (P25; P75)	Mediana (P25; P75)
Peso (kg)	153,67 ± 43,59	122,64 ± 29,76	91,69 ± 25,07	79,96 ± 23,06
	140,50 (128,50; 185,50)	110,50 (104,25; 138,75)	82,60 (73,00; 109,00)	70,40 (63,33; 99,25)
IMC (kg/m²)	54,48 ± 13,54	43,70 ± 9,59	32,76 ± 7,19	28,60 ± 5,76
	52,81 (43,34; 61,41)	41,10 (37,21; 48,30)	31,22 (27,12; 36,10)	26,82 (24,41; 33,62)
PP (%)		18,47 ± 17,22	39,10 ± 12,76	49,95 ± 13,70
		25,52 (13,08; 25,85)	42,21 (27,67; 50,47)	51,59(47,54; 60,99)

Na Tabela 4, pode-se observar o %PP associado com características sociodemográficas, consultas nutricionais e técnicas cirúrgicas com $44,67 \pm 8,55$ de %PP na técnica de BGYR. Entre os três períodos avaliados, ocorreu redução do “n” amostral, (n=36 no pré-operatório e n=12 nos 36 meses).

Tabela 4 - Percentual de perda de peso segundo características sociodemográfica, consultas e técnicas cirúrgicas, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024

Variável	Percentual de perda de peso 12 meses		24 meses	
	N	Média ± DP	N	Média ± DP
		Mediana (P25; P75)		Mediana (P25; P75)
Faixa etária A				
20 a 39	18	18,97 ± 10,63 25,00 (12,42; 25,87)	17	36,43 ± 13,60 38,89 (26,35; 50,17)
40 a 59	17	17,95 ± 22,58 25,53 (20,90; 25,84)	17	41,78 ± 11,66 42,55 (35,09; 52,15)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,630		p⁽²⁾ = 0,227
Sexo				
Masculino	13	22,84 ± 6,83 25,69 (17,58; 25,96)	12	36,41 ± 16,00 38,35 (22,23; 52,33)
Feminino	22	15,89 ± 20,85 25,45 (11,55; 25,71)	22	40,57 ± 10,74 42,31 (31,29; 50,21)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,232		p⁽¹⁾ = 0,677
Procedência				
Área urbana	27	17,27 ± 19,29 25,37 (11,11; 25,71)	26	40,26 ± 12,48 42,21 (27,67; 51,23)
Área rural	8	22,52 ± 5,84 25,77 (15,99; 25,95)	8	35,36 ± 13,82 40,06 (22,77; 45,08)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,281		p⁽¹⁾ = 0,372
Número de consultas				
1 a 3	16	21,47 ± 8,97 25,67 (14,00; 25,85)	15	41,39 ± 11,92 45,00 (32,38; 50,85)
4 a 6	11	11,40 ± 27,25 20,75 (12,86; 25,93)	11	33,60 ± 14,68 28,81 (20,75; 46,90)
7 ou mais	8	22,21 ± 9,59 25,57 (21,23; 25,71)	8	42,39 ± 10,22 41,72 (38,25; 51,97)
Valor de p		p⁽³⁾ = 0,537		p⁽⁴⁾ = 0,222
Técnica cirúrgica				
Sleeve	10	28,24 ± 5,72 9,37 (0,00; 23,46)	9	23,66 ± 9,35 22,02 (15,57; 30,19)
Bypass	25	23,58 ± 5,12 25,64 (23,83; 25,85)	25	44,67 ± 8,55 45,10 (39,37; 52,02)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,014*		p⁽¹⁾ < 0,001*

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Mann-Whitney

(2) Teste t-Student com variâncias iguais

(3) Teste Kruskal Wallis

(4) Teste F(ANOVA)

Quanto ao estilo de vida adotado no pós-operatório, observa-se maior adesão a atividade física quando comparado ao período pré-operatório à atividade física, demonstrando associação positiva com melhor perfil clínico (TABELA 5).

Tabela 5 – Percentual de Perda de Peso segundo estilo de vida, comorbidades e transtornos alimentares, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE,2024

Variável	n	Percentual de perda de peso	
		12 meses Média ± DP Mediana (P25; P75)	24 meses Média ± DP Mediana (P25; P75)
Atividade física			
Não	12	13,89 ± 27,23 23,72 (8,99; 26,04)	11 39,79 ± 10,71 42,11 (32,38; 45,10)
Sim	23	20,87 ± 8,38 25,52 (14,40; 25,83)	23 38,78 ± 13,85 42,31 (26,67; 50,85)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,844	p⁽¹⁾ = 0,978
HAS			
Não	10	11,14 ± 28,14 19,70 (11,11; 25,85)	12 37,49 ± 12,91 42,31 (27,21; 46,45)
Sim	25	21,41 ± 9,59 25,53 (20,90; 25,88)	22 39,99 ± 12,90 41,50 (27,60; 51,84)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,412	p⁽²⁾ = 0,593
DM			
Não	3	25,41 ± 0,36 25,53 (25,00;)	2 32,24 ± 7,87 32,24 (26,67;)
Sim	32	17,82 ± 17,89 25,45 (12,92; 25,85)	31 39,05 ± 12,88 42,31 (28,00; 50,34)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,878	p⁽¹⁾ = 0,375
DLP			
Não	2	18,48 ± 10,42 18,48 (11,11;)	2 32,24 ± 7,87 32,24 (26,67;)
Sim	32	18,25 ± 17,89 25,45 (13,41; 25,85)	31 39,05 ± 12,88 42,31 (28,00; 50,34)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,900	p⁽¹⁾ = 0,375
Transtorno alimentar			
Não	5	27,29 ± 3,80 25,85 (25,31; 30,00)	** **
Sim	29	16,84 ± 18,47 25,37 (11,99; 25,77)	** **
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,091	**
Álcool			
Não	6	7,94 ± 37,02 25,69 (-8,34; 25,88)	6 34,49 ± 15,26 40,18(16,61; 46,41)
Sim	29	20,65 ± 9,31 25,37 (13,74; 25,77)	28 40,09 ± 12,26 42,21 (28,20; 51,46)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,856	p⁽¹⁾ = 0,409

(**) Não foi determinado por falta de dados

(1) Teste Mann-Whitney

(2) Teste t-Student com variâncias iguais.

A Tabela 6 evidencia a ocorrência de ganho ponderal em um paciente do sexo masculino (peso do 24º mês em relação ao peso do 12º mês), e em um paciente do sexo feminino (peso do 36º mês em comparação com o peso do ano anterior ou 24º mês). Ambos os indivíduos realizaram a CB pela técnica de SG e tiveram %PP de 81,4% e 73,7%, respectivamente, considerando o peso do pré-operatório.

Tabela 6 – Ganho ponderal de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024

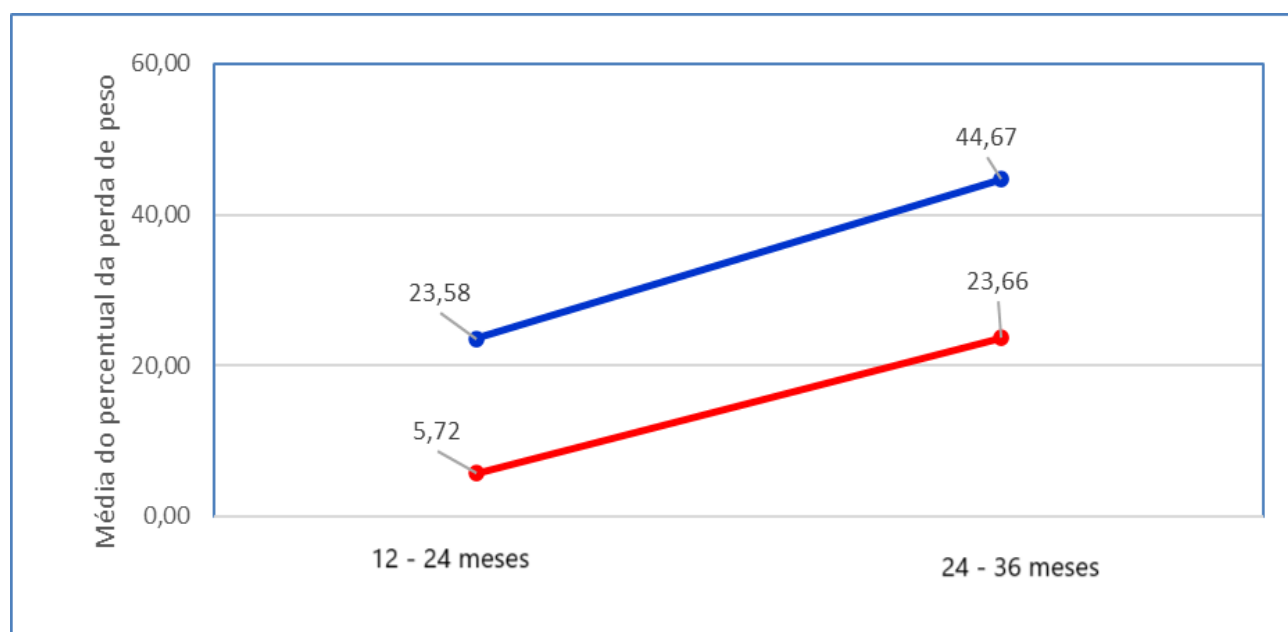
PERÍODO	N amostral	Ganho Ponderal (%)	Perda Peso total %	Nº consultas	Sexo (F/M)
12 para 24 meses	1	11.0	81,4	3	M
24 para 36 meses	1	4,0	73,7	3	F

*

VALORES ABSOLUTOS

O gráfico a seguir ilustra a perda ponderal associada à técnica cirúrgica onde a BGYR apresentou maior perda de peso.

Percentual de perda de peso, segundo técnicas cirúrgicas, de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Santa Joana, Recife-PE, 2024



6.DISSCUSSÃO

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial, de incidência mundial e nacional, na qual ocorre acúmulo excessivo de massa gorda, resultando elevado risco para diferentes patologias. (CHOI, CHERLYN& FAIDON,2019; REZENDE et al.,2020).

A primeira linha de tratamento para obesidade constitui-se em modificação de estilo de vida, que se concentra em atingir a perda ponderal através de mudança comportamental, dieta e atividade física;já o tratamento cirúrgico da obesidade surgiu como uma opção após falência do tratamento clínico e se mostra eficaz em curto e longo prazo. (BUSSETO et al.,2018; Araújo et al,2019; NHLBI,2024).

Na presente pesquisa,61,1% eram mulheres, com idade média de $38,72 \pm 11,26$ anos, evidenciando cada vez mais que a CB é realizada principalmente por mulheres adultas jovens, corroborando com diversos estudos brasileiros (SANTOS et al., 2014; SILVA et al.,2015; VIEIRA et al,2015; PENNA et al,2017; VARGAS et al 2017; REZENDE et al,2020; TAVARES DE SÁ et al.,2023; ALMEIDA et al.,2023).

Do mesmo modo, dados da última pesquisa Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) referiu que Recife é a terceira capital brasileira com maior frequência de obesidade feminina, comprovado com a população do nosso estudo (75%). (VIGITEL,2020).

O estudo transversal de Bardal em 2024, com 46 indivíduos, teve como foco principal identificar os fatores de risco para a recidiva de peso no pós-operatório tardio, independentemente da técnica cirúrgica específica, e concluiu que a baixa adesão a consultas nutricionais foi um dos fatores de risco significativos para a recidiva de peso no pós-operatório tardio de CB (BARDAL, CECCATTO & MEZZOMO,2024).

Pesquisa transversal analítica descritiva, com recrutamento através das redes sociais com oito participantes, de ambos os sexos, objetivou aplicar intervenção nutricional em pós-operatório, concluindo que a intervenção nutricional promoveu autonomia e autocuidado adequado nos indivíduos, ao mesmo tempo em que sugere ser fundamental estudar novos instrumentos de comportamento alimentar para esse público. (DA MATA,2019).

Segundo Rodrigues (2017), avaliando em 375 adultos, acompanhamento nutricional em pré e pós-operatório, observou que consulta nutricional a cada quatro meses, com resolução

de dúvidas alimentares, minimizaram complicações posteriores à CB, contribuíram para mudanças comportamentais. (RODRIGUES et al.,2017).

Em 2013, a American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASBMS), junto com a American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) e The Obesity Society (TOS), publicou diretrizes clínicas para o suporte nutricional, metabólico e não cirúrgico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Embora as diretrizes não especifiquem um número exato de consultas de nutrição, elas enfatizam a importância de um **suporte nutricional contínuo e individualizado** antes e após a cirurgia para garantir os melhores resultados a longo prazo. (ASMBS,2013).

O Conselho Federal de Nutrição (CFN) recomenda que, em geral, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tenham **uma consulta nutricional de cada quatro a seis semanas** durante o primeiro ano, após a cirurgia. Depois desse período inicial, as consultas podem ser espaçadas para **uma vez a cada três meses** durante o segundo ano, e **uma vez a cada seis meses** a partir do terceiro ano (CFM,2024).

Resultado não condizente com esse estudo que encontrou adesão de uma a três consultas em 36 meses, ao mesmo tempo em que se observou, nos 24 meses iniciais, pós cirurgia, uma média de quatro consultas, o que atende as recomendações da ASBMS,2013.

Pesquisa transversal de PEACOCK (2016) identificou barreiras nutricionais para adesão à nova dieta, em período perioperatório, revelando dificuldades na restrição de macronutrientes, no controle da fome e da saciedade. Da sua amostra, 62% tiveram acompanhamento nutricional da equipe, enquanto 27% procuraram por conta própria a consulta do nutricionista. (PEACOCK,2016). Resultado diferente do nosso estudo, onde 47,2% tiveram acompanhamento nutricional da equipe do serviço.

Por outro lado, coorte prospectivo americana, em pós de um ano de SG, avaliou a adesão ao novo estilo de vida, com resultados de adesão de moderada a alta, sem relação significativa com perda ponderal (Dagan,2017).

Dados da literatura em relação ao acompanhamento nutricional e RP são escassos, o que dificulta a discussão dos nossos resultados (MAGRO et al., 2008; LOMBARDO et al.,2015; HOOD et al.,2016; PEACOCK et al.,2016;).

A adesão da maioria dos pacientes às recomendações nutricionais de modo geral, pós CB, é bastante reduzida, sugerindo ser a maior dificuldade no pós-operatório (PEACOCK et al.,2016; DAGAN et al.,2017), semelhante aos resultados desse estudo, onde menos de 50%

foram acompanhados pelo nutricionista no primeiro ano (uma a três consultas). Segundo MAGRO et al.,2008, em estudo da Universidade de Campinas (UNICAMP-SP), observou que a falta de acompanhamento nutricional pode ser elemento importante na RP, onde 60% apresentaram falha cirúrgica e, com isso, RP, sem nunca terem realizado acompanhamento nutricional; Por outro lado, TESS et al.,2015, sugerem que o acompanhamento nutricional é particularmente útil para a manutenção da perda de peso em longo prazo. (MAGRO et al 2008; TESS et al.,2015).

Dados de coorte Paulista (SCABIN,2012), com 241 pacientes pós BYGR, revelaram adesão ao seguimento nutricional, no primeiro ano pós CB, em 56%, concluindo que maior contato com equipe multiprofissional eleva a percepção para o autocuidado e sucesso cirúrgico em longo prazo (Scabin,2012), resultados semelhantes ao dessa pesquisa que encontrou 47,2% do grupo realizando de uma a três consultas no período de um ano.

Revisões publicadas em 2016 e 2020, com 79 e 15 estudos respectivamente, objetivaram correlacionar acompanhamento nutricional com perda e RP, concluindo que esse acompanhamento visa a garantir sucesso cirúrgico, além de contribuir para padrão alimentar saudável, evitando nova obesidade. Do mesmo modo, aqueles não acompanhados apresentam como fator de risco a não adesão, idade precoce, fora do mercado de trabalho e IMC menor no pré-operatório, com grandes chances de RP associados a complicações metabólicas e deficiências nutricionais. (HOOD,2016; OLIVEIRA,2020).

Revisão sistemática com meta-análise, utilizando dez estudos realizados de 2015 a 2020, avaliou os preditores físicos e comportamentais associados à evolução da perda ponderal. Revelou que alguns fatores são considerados de proteção para não RP significativa como atividade física regular e reeducação nutricional e que seguir dieta equilibrada, com planejamento de refeições individualizadas, poderá prevenir excessos alimentares. Também, como fator imprescindível destacou que uma rede de apoio, como família e amigos, que forneçam motivação e suporte emocional, soma-se a fatores que poderiam promover o automonitoramento que ajudam na identificação precoce dos desvios alimentares e ponderais (REIS et al.,2024).

Quanto a alterações ponderais nas técnicas cirúrgicas analisadas, dados de consenso na literatura evidenciam na SG menor PP, com maior ganho ponderal após nadir, dados esses semelhante aos encontrados nessa pesquisa (FELIX,2022; PEREIRA, ROSSINE&MAGRO,2023; Reis,2024; ABESO&SBCBM,2024).

Ensaio clínico randomizado aberto em dois centros bariátricos acadêmicos da Suécia e Noruega comparou PP, resultados em saúde e qualidade vida, com pacientes de BGYR e duodenal switch; concluiu que no BGYR, apesar de PP menor, apresentou menos déficit nutricional e eventos adversos a saúde. (SALTE et al.2024). Já neste estudo encontramos dados de maior PP nos pacientes submetidos à técnica do BGYR.

Os achados desse estudo são importantes para futuras estratégias que visam reduzir os riscos de RP em pacientes bariátricos. A prioridade de intervenção deve ser direcionada para garantir o sucesso cirúrgico sustentável a longo prazo.

No entanto, é necessário realizar mais investigações com melhores desenhos metodológicos e um maior tamanho amostral(esse estudo coincidiu com a pandemia do COVID-19, onde em 2021 nosso centro realizou o número de cirurgias que normalmente ocorre em um mês).e. Isso permitirá obter evidências mais conclusivas sobre os efeitos da adesão nutricional na RP e na PP dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

7.CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que, durante o pós-operatório de três anos, não ocorreu RP da amostra estudada e que os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de by-pass gástrico em “Y” de Roux tiveram perda de peso superior aos que realizaram por sleeve gástrico (nível de significância de 95%).

Este estudo identificou 52,8% de adesão nutricional, com 4 ou mais consultas realizadas no período.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).2024. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br>>; <<https://www.gov.br/ans/pt-br>>. Acesso em: 22 dez. 2024.
2. ALMEIDA, L. N.; RIBEIRO, R. C.; OLIVEIRA, J. S.; RESENDE, P. P.; CELESTINO, H. O. Cirurgia Bariátrica: Técnicas e Resultados: Revisão das técnicas cirúrgicas no tratamento da obesidade e seus resultados a longo prazo. *Revista Brasileira de Cirurgia Bariátrica*, v. 17, n. 2, p. 123-135, 2023.
3. AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY (ASBMS); AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS (AACE); THE OBESITY SOCIETY (TOS). Diretrizes Clínicas para o Suporte Nutricional, Metabólico e Não Cirúrgico de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Obesity*, v. 21, n. S1, p. S1-S27, 2013.
4. ARAUJO, F. M.; GONZÁLEZ, A. D.; SILVA, L. C. da; GARANHANI, M. L. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. *Saúde Soc.*, v. 28, n. 2, p. 249-260, 2019. 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170152>.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE(ABESO). Disponível em: <https://abeso.org.br/> acessado em: 17/12/2024.
6. ATHANASIADIS et al. Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surgical Endoscopy*.2021.
7. BARDAL, A. G.; CECCATTO, V.; MEZZOMO, T. R. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. *Revista ScientiaMedica*, v. 26, n. 4, p. 1-8, 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 132p.
9. BUSSETO L. et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*. v. 10, n.6, p. 597–632, 2018.

10. CASTANHA et al. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2018;45.
11. CHIAPPETTA et al. The impact of obesity and metabolic surgery on chronic inflammation. *ObesSurg.* 2018; 28:3028-40.
12. CHOI, Y. C.; DING, C.; MAGKOS, F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*, v. 92, p. 6-10, mar. 2019.
13. COURCOULAS et al. Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. 2024.
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2015/2131_2015.pdf?form=MG0AV3.
15. DA MATA, S.P.D, MEDEIROS, D.A. Educação alimentar e nutricional em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. 2019, São Paulo.
16. DAGAN, Shiri Sherf et al. Do bariatric patients follow dietary and lifestyle recommendations during the first postoperative year? *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v. 13, n. 9, p. 1511-1518, 2017. DOI: 10.1016/j.soard.2017.05.005.
17. EL ANSARI, W.; ELHAG, W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps—a Scoping Review. *Obesity Surgery*, v. 31, n. 4, p. 1755-1766, 2021.
18. FÉLIX, M. J.; MENDES, P.; PEREIRA, A. M. G. R. Evolução ponderal após cirurgia bariátrica: Revisão sistemática da literatura. *Acta Portuguesa de Nutrição*, v. 28, n. 1, p. 64-70, 2022.
19. GODOY, E. P. DE. et al. Bipartição de trânsito intestinal isolada: uma nova estratégia para cirurgia em estágios em superobesos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 46, n. 5, p. e20192264, 2019.
20. HANDZLIK-ORLIK, G.; HOLECKI, M. T.; KĘDZIERSKI, L.; WYLEŻOŁ, M.; DUŁAWA, J. Management of the post-bariatric surgery patient – what an internist needs to know. *Nutrition Obesity & Metabolic Surgery*, v. 15, n. 1, p. 28-36, 2016.
21. HOOD, M. M. et al. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 39, n. 6, p. 1092-1103, 2016.

22. KING WC, HINERMAN AS, BELLE SH, et al. Comparison of the performance of common weight regain measures after bariatric surgery for association with clinical outcomes. *JAMA*. 2018;320: 1560–9.
23. KING, W. C.; HINERMAN, A. S.; COURCOULAS, A. P. Weight regain after bariatric surgery: a systematic literature review and comparison across studies using a large reference sample. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v. 16, n. 8, p. 1133-1144, 2020.
24. LAUTI M, KULARATNA M, HILL AG, et al. Weight regain after sleeve gastrectomy - a systematic review. *Obes Surg*. 2016;26: 1326–34. 38.
25. "LAUTI M, LEMANU D, ZENG ISL, et al. Definition determines weight recovery outcomes after vertical gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2017; 13:1123–9
26. LOMBARDO, M.; BELLIA, A.; MATTIUZZO, F.; FRANCHI, A.; FERRI, C.; PADUA, E. Frequent Follow-Up Visits Reduce Weight Regain in Long-Term Management after Bariatric Surgery. *Bariatric Surgery Practice and Patient Care*, v. 10, n. 2, p. 119-125, 2015.
27. MAGRO, D.O. et al. Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. *Obesity Surgery*, v. 18, n. 6, p. 648-651, 2008.
28. MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.
29. MECHANICK et al.; Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Obesity*, v. 28, n. 1, p. 183-197, 2020.
30. MUNDBJERG, K.; CHRISTENSEN, K.; CHRISTENSEN, R. The Effect of Aerobic and Resistance Exercise after Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Surgeries*, v. 4, n. 3, p. 367-380, 2023.
31. NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (NHLBI). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Practical Guide. Bethesda, MD: NHLBI, 2024. Disponível em: www.nhlbi.nih.gov

32. Nedelcu M, Khwaja HA, Rogula TG. Recuperação de peso após cirurgia bariátrica — como deve ser definida? *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2016; 12:1129–30.
33. OLIVEIRA, E.A.; BRITES, L.T. Cirurgia bariátrica: eficácia do acompanhamento do nutricionista. *Revista INFAD*, 2020.
34. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, dados disponíveis em: <https://www.paho.org/pt/noticias/> Acessado em 17/12/2024.
35. PARREIRA, L. R. A.; OLIVEIRA, A. V.; BARDAL, A. G. Reganho de Peso Após Cirurgia Bariátrica: Uma Revisão de Literatura. *Revista de Nutrição*, v. 25, n. 4, p. 497-506, 2020.
36. PEACOCK, J. C.; SCHMIDT, C. E. A qualitative analysis of postoperative nutritional barriers and services useful reported by bariatric surgery patients. *Obesity Surgery*, v. 26, n. 10, p. 2413-2420, 2016.
37. PENNA, S. P.; et al. Real-world evidence of health outcomes and medication use 24 months after bariatric surgery in the public healthcare system in Brazil: a retrospective, single-center study. *Clinics*, v. 75, n. 1, p. 1-10, 2017.
38. PEREIRA, S. E.; ROSSONI, C.; MAGRO, D. O. Brazilian Guide to Nutrition in Bariatric and Metabolic Surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery*, v. 408, n. 1, p. 143, 2023. DOI: 10.1007/s00423-023-02868-7.
39. REIS, A. P., SILVA, M. T., & COSTA, J. S. (2024). Reganho de peso após cirurgia bariátrica: uma revisão sistemática e meta análise de estudos observacionais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37(1), 1-12
40. REZENDE, A. F.; et al. Gestão de Complicações Pós-operatórias em Cirurgias Bariátricas: Abordagens e Resultados. *Revista de Medicina Brasileira*, v. 60, n. 2, p. 123-135, 2020.
41. RODRIGUES, G. Acompanhamento Nutricional no pré-operatório de cirurgia bariátrica: Tempo de seguimento versus redução de peso. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, v. 6, n. 2, 2017.

42. RUBINO, Francesco et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, v. 13, n. 3, p. 221-262, 2025. Disponível em: <www.thelancet.com/diabetes-endocrinology>. Acesso em: 19 mar. 2025.
43. SALTE, J.; et al. Comparação de Resultados em Saúde e Qualidade de Vida entre BypassGastrojejunal (BGYR) e Duodenal Switch: Um Ensaio Clínico Randomizado. *JournalofBariatricSurgery*, v. 39, n. 6, p. 7435-7440, 2024.
44. SANTOS, A. P. et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cirurgia Bariátrica*, v. 8, n. 3, p. 1587-1596, 2014.
45. SCABIM, V. M.; ELUF-NETO, J.; TESS, B. H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. *Revista de Nutrição*, v. 25, n. 4, p. 497-506, ago. 2012.
46. SILVA, P. T.; ALVAREZ, G. D. C.; KIRSTEN, V. R.; COLPO, E.; MORAES, C. M. B. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. *ABC: ArqBrasCir Dig*, v. 28, n. 4, p. 270-273, 2015.
47. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Dados e diretrizes atualizados sobre cirurgia bariátrica. 2023.
48. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM); Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br>>; <<https://www.gov.br/ans/pt-br>>. Acesso em: 22 dez. 2024.
49. STUMPF, M. A. M., & MANCINI, M. C.. (2024). Challenges in the care and treatment of patients with extreme obesity. *ArchivesofEndocrinologyandMetabolism*, 68, e230335. <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2023-0335>.
50. Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude>>. Acesso em: 22 dez. 2024.
51. TAVARES DE SÁ, M.; et al. Avaliação da resistência insulínica em indivíduos com obesidade grave candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 17, n. 111, p. 624-636, 2023.
52. TESS, B.; et al. A Importância do Acompanhamento Nutricional e a Recidiva de Peso em Pacientes Pós-Cirurgia Bariátrica. *Revista de Nutrição*, v. 116, n. 11, p. 11-22, 2015.
53. THIBAUT, R.; HUBER, O.; AZAGURY, D. E.; PICHARD, C. Twelve Key Nutritional Issues in Bariatric Surgery. *Clinical Nutrition*, v. 35, n. 1, p. 12-23, 2016.

54. VARGAS, M. P.; et al. Cirurgia Bariátrica no Sistema Público de Saúde Brasileiro: O Bom, o Ruim e o Feio, ou Um Longo Caminho a Seguir. *ABC: ArqBrasCir Dig*, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2017.
55. VIEIRA, L. G.; MELLO, F. W.; NEUFELD, C. B.; MACHADO, P. P. P.; CONCEIÇÃO, E. A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 10, n. 2, p. 123-135, 2015.
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acessado: 08 Dec. 2024.

ANEXO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RECIDIVA DE PESO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA: A ADESÃO NUTRICIONAL PARA PREVENÇÃO.

Pesquisador: ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 78869523.3.0000.5198

Instituição Proponente: HOSPITAIS ASSOCIADOS DE PERNAMBUCO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.981.267

Apresentação do Projeto:

Trata-se da Versão 5 do projeto de pesquisa: RECIDIVA DE PESO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA: A ADESÃO NUTRICIONAL PARA PREVENÇÃO. Pesquisadora Principal: ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS. o Projeto segue assim descrito:

Introdução: Alguns pacientes apresentam reganho de peso ou perda de peso insuficiente após cirurgia bariátrica (CB) é um fenômeno comum e complexo, resultante de vários fatores bem documentados na literatura. (El Ansari, W., & Elhag, W., 2021). A nutrição tem um papel fundamental que agrega cuidado durante a jornada dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Pesquisas com pacientes em tratamento pós-operatório de cirurgia bariátrica (CAMBI et al, 2017; LEIRO, MELENDEZ-ARAÚJO, 2014; LABBAN et al, 2015) têm encontrado padrões alimentares inadequados, com alto consumo calórico e baixo consumo de micronutrientes. Isso pode indicar um acompanhamento nutricional insuficiente ou falta de adesão dos pacientes às mudanças propostas no comportamento alimentar, o que é necessário para a continuidade do cuidado. **Objetivo:** avaliar recidiva ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica na perspectiva da adesão ao acompanhamento nutricional. **Metodologia:** Neste contexto, este trabalho de natureza quantitativa e transversal busca responder a pergunta: Pacientes que tem frequência no acompanhamento nutricional apresentam menor recidiva de peso pós cirurgia bariátrica.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)99966-9831

E-mail: eticaempesquisahr@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.981.267

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar recidiva ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica na perspectiva da adesão ao acompanhamento nutricional.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a amostra quanto aos aspectos clínicos;

Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos: Determinar o perfil antropométrico da amostra em estudo (peso pré-operatório e pós-operatório;

IMC pré-operatório e pós-operatório; percentual de perda de peso e percentual de recidiva de peso) Avaliar a adesão ao acompanhamento nutricional Avaliar estilo de vida saudável (atividade física, dieta e polivitamínicos) e associar com a recidiva ponderal;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto à coleta de dados, esta envolverá riscos quanto à quebra de sigilo quanto aos dados, ainda que involuntariamente. Para minimizar estes riscos, os dados serão armazenados em modo anônimo, em um banco de dado específico, sendo assinado pelo pesquisador responsável o termo de compromisso e confidencialidade, para garantia de sigilo dos dados.

Benefícios:

No presente estudo não há benefícios diretos, entretanto, os resultados deste estudo poderão beneficiar a comunidade científica, através dos resultados, sobre a avaliação da adesão nutricional e associação do estilo de vida ao sucesso da cirurgia, na perspectiva da prevenção de recidiva ponderal. Também, os participantes receberão o retorno da pesquisadora, por e-mail, informando os resultado da pesquisa e agradecendo a participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora mudou o projeto de pesquisa para coleta apenas com dados secundários, assim dispensando o uso do TCLE.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)99966-9831

E-mail: eticaempesquisahr@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.981.267

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos e documentos de apresentação obrigatória foram apresentados e encontram-se em anexo a plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise e discussão deste colegiado de CEP, opta-se pela aprovação do referido projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está em PENDÊNCIA. O (A) pesquisador (a) deverá atender as considerações deste Parecer Consubstanciado, corrigindo as pendências diretamente na Plataforma, no Projeto detalhado, no TCLE e em qualquer outro documento, se for o caso (será necessário anexar uma carta informando o local exato onde ocorreram as modificações e quais foram às modificações). Os cronogramas apresentados tanto na Plataforma Brasil quanto no projeto detalhado devem ter como referência as reuniões CEP/HR, principalmente no item em que se refere a "coleta de dados" (todas as alterações realizadas devem ser destacadas com marca texto na cor amarela), incluindo anexo da carta resposta enumerando as pendências emitidas no parecer e justificando cada uma delas. O (A) pesquisador (a) tem 30 dias para responder aos quesitos formulados pelo CEP em seu parecer. Após esse prazo, o projeto será considerado arquivado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2251917.pdf	23/07/2024 17:08:29		Aceito
Outros	CONSIDERACOES_MODIFICACOES_E_PENDENCIAS.pdf	23/07/2024 17:07:44	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	CONSIDERACOES_MODIFICACOES_E_PENDENCIAS.docx	23/07/2024 17:07:21	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Rosaura_Almeida.pdf	23/07/2024 17:06:19	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Rosaura_Almeida.docx	23/07/2024 17:05:40	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto_mestrado_Rosaura.pdf	23/07/2024 16:59:11	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)99966-9831

E-mail: eticaempesquisahr@gmail.com

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - PE



Continuação do Parecer: 6.981.267

Cronograma	Cronograma_projeto_mestrado_Rosaura.docx	23/07/2024 16:58:56	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	SOLICITACAO__DISPENSA_TCLE.pdf	23/07/2024 16:57:10	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	SOLICITACAO__DISPENSA_TCLE.docx	23/07/2024 16:56:11	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	HSJ_Carta_de_Apresentacao.pdf	27/11/2023 14:04:58	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	HSJ_Carta_de_Anuencia.pdf	27/11/2023 14:04:24	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Outros	HSJ_Autorizacao_SAME.pdf	27/11/2023 14:04:05	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	HSJ_Folha_de_Rosto.pdf	27/11/2023 14:02:24	ROSAURA SOARES DE ALMEIDA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 02 de Agosto de 2024

Assinado por:
FERNANDO RAMOS GONÇALVES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar
Bairro: Derby **CEP:** 52.010-040
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3181-5603 **Fax:** (81)99966-9831 **E-mail:** eticaempesquisahr@gmail.com

Página 04 de 04

