

## PERFIL ALIMENTAR DE PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Aline Lima da Paixão<sup>1</sup>, Vanessa Vieira Lourenço<sup>1</sup>  
 Jachson Silva Dias<sup>1</sup>, Alexandre Augusto Calado Nogueira<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A adoção de hábitos alimentares saudáveis é necessária para obtenção de bons resultados cirúrgicos. No entanto, mesmo após a realização da cirurgia bariátrica, muitos indivíduos permanecem com preferências alimentares erradas, o que se torna um desafio para a perda de peso e manutenção da saúde. **Objetivo:** Conhecer o perfil alimentar de pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica privada de Belém-PA. **Métodos:** Estudo de delineamento transversal realizado com 42 pacientes, de ambos os gêneros, que se submeteram a cirurgia bariátrica no setor privado, com pós-operatório de 5 a 48 meses. O instrumento utilizado foi um questionário enviado via e-mail que foi respondido pelos participantes. **Resultados:** A maioria dos pacientes é do gênero feminino (73,8%), com ensino superior (85,7%), realizou bypass (81%), tinha de 1 a 2 anos de cirurgia (50%), o IMC antes da cirurgia era de obesidade grau III (76,2%), no momento da coleta a maioria apresentava IMC de sobrepeso (42,9%) e usava suplemento (88,1%). **Discussão:** A carne vermelha foi o alimento referido com maior dificuldade na ingestão, enquanto peixe e salada maior facilidade. A maioria dos pacientes relatou consumo diário de frutas, salada crua, leite desnatado, queijo branco, feijão e arroz. As carnes apresentaram consumo semanal. O consumo de refrigerante, bolo, pizza, óleo em frituras e margarina foi referido como raro ou nunca pela maioria dos pacientes. **Conclusão:** A maioria dos pacientes deste estudo apresentou consumo regular de alimentos saudáveis.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica. Obesidade. Consumo alimentar.

1-Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-PA, Brasil.  
 2-Universidade Estadual do Pará (UEPA), Belém-PA, Brasil.

### ABSTRACT

Feeding profile of patients after bariatric surgery

**Introductions:** The adoption of healthy eating habits is necessary for good surgical results. However, even after a bariatric surgery many people remain with wrong food preferences, which becomes a challenge for losing weight and health conservation. **Objective:** To know food profile of post bariatric surgery in a private clinic in Belém-PA. **Methods-** cross sectional study of post bariatric surgery patients from Belém-PA who surgery time were between 5 and 48 months. The sample was consisted of the results from 42 patients. The main instrument used was a questionnaire sent by e-mail which was answered for the participants. **Results -** The most patients are female (73.8%), with a major degree (85.7%), with 1 to 2 years of surgery (50%), the BMI before the surgery was morbid obesity III (76.2%), currently the most people feature overweight BMI (42.9%) and used supplement (88.1%). **Discussion:** The red meat was referred as food with greater difficulty of ingesting, while vegetables and fish were referred as easier to ingest. Most patients reported the daily consumption of fruit, raw salad, skim milk, white cheese, beans and rice. Meats presented weekly consumption. The soft drink consumption, cake, pizza, fried in oil and margarine was referred as rare or never consumed for the most patients. **Conclusion -** It was observed a regular food healthy consumption.

**Key words:** Bariatric Surgery. Obesity. Food Consumption

E-mail dos autores:  
 alinepaixao15@hotmail.com  
 vlourencocosta@hotmail.com  
 jaquye.dias@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo considerada um problema de saúde pública, alcançando proporções epidêmicas e fator de risco para diversas doenças (SBE, 2008).

No Brasil, 53,8% dos brasileiros estão acima do peso, e 18,9% estão obesos, conforme dados divulgados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) (Ministério da saúde, 2016).

A cirurgia bariátrica é realizada em pacientes com IMC igual ou maior que 30 kg/m<sup>2</sup> que tenham comorbidades e obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na área da doença e constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista. Com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades ou IMC maior que 40kg/ m<sup>2</sup> independente de comorbidade. O Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgia bariátrica. Das 88 mil cirurgias realizadas em 2014 em todo país, somente 10% foram realizadas na rede pública (SBCBM, 2015).

A alimentação do indivíduo obeso, geralmente, é de alta densidade energética, predominando carboidratos simples e gorduras saturadas e trans, enquanto o consumo de fibras e micronutrientes é baixo. Mesmo após a realização da cirurgia bariátrica, muitos indivíduos permanecem com preferências alimentares erradas, o que se torna um desafio para a perda de peso (Neves, 2010)

A cirurgia bariátrica por si só não é a cura para a obesidade, após a sua realização é necessário o compromisso de adotar hábitos alimentares adequados e tornar o consumo de alimentos saudáveis prioridade.

De acordo com este exposto, o objetivo deste trabalho foi conhecer o perfil alimentar de pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica particular de Belém, Pará.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal realizado com pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica privada de Belém-Pará. Foram incluídos adultos, de 20 a 59 anos, de ambos os gêneros, que se submeteram a cirurgia

bariátrica pelas técnicas de Bypass ou Sleeve, com tempo pós-operatório de 5 a 48 meses, que haviam ido a pelo menos uma consulta com nutricionista, e que aceitaram participar da pesquisa.

Foram contatados por telefone, informados sobre a pesquisa e convidados a participarem por meio de um questionário via e-mail. As perguntas do questionário eram relacionadas a identificação do paciente e hábitos alimentares, perguntas elaboradas segundo as variáveis do estudo. A amostra por conveniência consistiu de 42 pacientes.

Este questionário foi desenvolvido através do Google Drive, uma ferramenta existente no Gmail, e as respostas do questionário foram encaminhadas automaticamente para uma planilha básica no Microsoft Office Excel 2010.

A análise estatística foi realizada por meio do software BioEstat 5.0. Para verificar a diferença estatística entre duas amostras independentes foram utilizados os testes Qui-quadrado e t de Student considerando um nível de significância de p<0,05.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, de acordo com o parecer nº 877.313

## RESULTADOS

A maioria dos indivíduos avaliados é do gênero feminino (73,8%), tem idade entre 35 e 50 anos (45,2%), cursou o ensino superior (85,7%), realizou a cirurgia de Bypass gástrico (81%), tem 1 a 2 anos de cirurgia (50%) e tinha o IMC pré cirurgia classificado em obesidade grau III (76,2%). Atualmente a classificação do IMC da maioria dos pacientes é de sobrepeso (42,9%) e 35,7% encontram-se eutróficos segundo o IMC.

Houve diferença estatística significativa entre o estado nutricional dos indivíduos antes e após a cirurgia bariátrica, indicando uma importante melhora do quadro nutricional após o procedimento cirúrgico da obesidade (Tabela 1).

Quanto aos aspectos alimentares, a maioria dos pacientes considera sua alimentação como excelente (45,2%), consome 6 refeições ao dia (52,4%) e afirma conseguir comer qualquer coisa (54,8%). O

uso de suplemento foi relatado por 88,1%, sendo o vitamínico e mineral o mais utilizado (62,2%) (Tabela 2).

Quando comparado o peso atual dos pacientes que usam e não usam suplemento,

foi observado que os pacientes deste estudo que usam suplemento apresentaram, em média, peso atual menor. Com diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ) (Tabela 3).

**Tabela 1** - Características dos pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica privada de Belém, Pará, 2016.

Variáveis	N	%			
<b>Gênero</b>					
Masculino	11	26,2			
Feminino	31	73,8			
Total	42	100,0			
<b>Faixa etária</b>					
20 – 35	18	42,9			
35 – 50	19	45,2			
> 50	5	11,9			
Total	42	100,0			
<b>Escolaridade</b>					
Ensino fundamental	2	4,8			
Ensino médio	4	9,5			
Ensino Superior	36	85,7			
Total	42	100,0			
<b>Tipo de cirurgia</b>					
Bypass	34	81,0			
Sleeve	8	19,0			
Total	42	100,0			
<b>Tempo pós-cirurgia</b>					
< 1 ano	13	31,0			
1 a 2 anos	21	50,0			
>2 anos	8	19,0			
Total	42	100,0			
Estado Nutricional	Antes da cirurgia		Depois da cirurgia		p-valor*
	N	%	N	%	
Eutrofia	0	0,0	15	35,7	<0.0001
Sobrepeso	0	0,0	18	42,9	
Obesidade I	1	2,4	6	14,3	
Obesidade II	9	21,4	3	7,1	
Obesidade III	32	76,2	0	0,0	
Total	42	100,0	42	100,0	

**Legenda:** \*Teste Qui-quadrado.

**Tabela 2** - Percepção da qualidade da alimentação atual, número de refeições diárias, e suplementação de pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica privada de Belém, Pará, 2016.

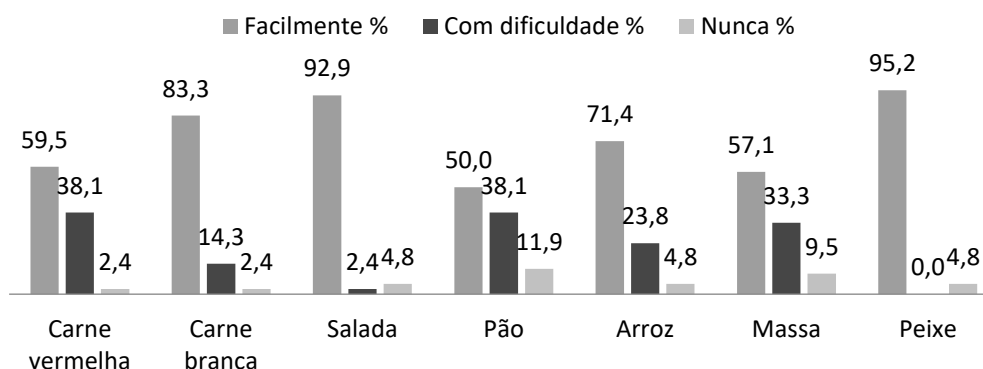
Variáveis	N	%
<b>Percepção da qualidade da alimentação atual</b>		
Aceitável	6	14,3
Boa	17	40,5
Excelente	19	45,2
Total	42	100,0
<b>Nº de refeições diárias</b>		
3 refeições	4	9,5
4 refeições	4	9,5
5 refeições	7	16,7
6 refeições	22	52,4
7 refeições	5	11,9
Total	42	100,0

Uso de suplemento		
Sim	37	88,1
Não	5	11,9
Total	42	100,0
Tipo de suplemento		
Vitamínico e mineral	23	62,2
Protéico	2	5,4
Ambos	11	29,7
Outros	1	2,7
Total	37	100,0

**Tabela 3** - Peso atual e uso de suplemento de pacientes pós cirurgia bariátrica de uma clínica privada de Belém, Pará, 2016.

Variáveis	Uso de suplemento				p-valor
	Sim		Não		
	Média	dp	Média	dp	
Peso pré-cirúrgico	118,0	17,7	140,1	21,6	0,0140
Peso atual	75,1	13,7	89,6	11,1	0,0296

Legenda: \*Teste t de student.



**Gráfico 1** - facilidade e dificuldade na ingestão de determinados alimentos.

No gráfico 1, observa-se que os alimentos com maior facilidade na ingestão foram peixe (95,2%), salada (92,9%), carne branca (83,3%) e arroz (71,4%). Já os alimentos que apresentaram maior dificuldade na ingestão foram carne vermelha (38,1%), pão (38,1%), e massa (33,3%).

Em relação ao consumo alimentar, as carnes de boi (73,5%) e frango (54,8%) foram as mais consumidas semanalmente, seguidas de peixe (47,6%) e ovos (47,6%). Já a carne de porco, embutidos, e carnes enlatadas são pouco consumidas ou nunca são. Quanto aos laticínios a maioria dos pacientes referiu consumir diariamente leite desnatado (66,7%)

e 42,9% consomem queijo branco diariamente (Tabela 4).

No grupo de óleos e gorduras, azeite de oliva é consumido diariamente por 47,6% dos pacientes. Já a margarina, manteiga, óleo em fritura e maionese foram referidos como alimentos raramente ou nunca consumidos pela maioria dos pacientes. Quanto ao consumo de cereais e leguminosas, 69% dos pacientes referiu consumo diário de arroz e feijão (Tabela 4).

A maioria dos pacientes referiu consumo diário de fruta (73,8%), suco de fruta (61,9%) e salada crua (61,9%) (Tabela 4).

Comidas regionais como tacacá, maniçoba e vatapá, foram referidas como raramente ou nunca consumidas pela maioria

dos pacientes. Assim como refrigerante, suco industrializado, snaks, pizza e sanduiche (Tabela 4).

**Tabela 4 -** Frequência do consumo alimentar de pós bariátricos de uma clínica particular de Belém, Pará, 2016.

Alimentos	Diário		Semanal		Mensal		Raro/nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carne de boi	9	21,4	31	73,8	0	0,0	2	4,8
Carne de frango	15	35,7	23	54,8	2	4,8	2	4,8
Carne de porco	1	2,4	0	0,0	8	19,0	33	78,6
Peixe	6	14,3	20	47,6	13	31,0	3	7,1
Ovos	11	26,2	20	47,6	6	14,3	5	11,9
Embutidos	2	4,8	4	9,5	5	11,9	31	73,8
Carnes enlatadas	0	0,0	0	0,0	3	7,1	39	92,9
Leite integral	4	9,5	3	7,1	3	7,1	32	76,2
Leite desnatado/semi	28	66,7	7	16,7	1	2,4	6	14,3
Queijo amarelo	5	11,9	7	16,7	5	11,9	25	59,5
Queijo branco	18	42,9	15	35,7	3	7,1	6	14,3
Margarina	14	33,3	3	7,1	2	4,8	23	54,8
Manteiga	13	31,0	4	9,5	6	14,3	19	45,2
Óleos em frituras	2	4,8	2	4,8	5	11,9	33	78,6
Maionese	1	2,4	1	2,4	4	9,5	36	85,7
Azeite de oliva	20	47,6	16	38,1	3	7,1	3	7,1
Pizza	0	0,0	2	4,8	9	21,4	31	73,8
Sanduiche	0	0,0	4	9,5	9	21,4	29	69,0
Snaks	0	0,0	0	0,0	3	7,1	39	92,9
Arroz	29	69,0	8	19,0	1	2,4	4	9,5
Feijão	29	69,0	12	28,6	0	0,0	1	2,4
Macarrão	5	11,9	20	47,6	8	19,0	9	21,4
Farinha de mandioca	3	7,1	10	23,8	5	11,9	24	57,1
Bolo	1	2,4	2	4,8	13	31,0	26	61,9
Pão	18	42,9	8	19,0	3	7,1	13	31,0
Salada crua	26	61,9	11	26,2	1	2,4	4	9,5
Salada cozida	14	33,3	19	45,2	3	7,1	6	14,3
Fruta	31	73,8	10	23,8	1	2,4	0	0,0
Suco de fruta	26	61,9	11	26,2	1	2,4	4	9,5
Açaí	1	2,4	7	16,7	15	35,7	19	45,2
Refrigerante	3	7,1	2	4,8	5	11,9	32	76,2
Sucos industrializados	1	2,4	6	14,3	4	9,5	31	73,8
Doces/balas	4	9,5	9	21,4	4	9,5	25	59,5
Biscoitos doces	5	11,9	5	11,9	7	16,7	25	59,5
Bolachas salgadas	5	11,9	16	38,1	8	19,0	13	31,0
Temperos prontos	8	19,0	4	9,5	4	9,5	26	61,9
Tacacá	0	0,0	2	4,8	6	14,3	34	81,0
Maniçoba	0	0,0	1	2,4	4	9,5	37	88,1
Vatapá	0	0,0	1	2,4	7	16,7	34	81,0

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observado a prevalência do gênero feminino, corroborando com Pedrosa e colaboradores (2009), Nozaki

e Rossi (2010) e Dolosso, Silva e Cunha (2013). O que sugere que as mulheres são as que mais se submetem a cirurgia bariátrica, segundo alguns autores estimuladas pelo parâmetro cultural da magreza associado à

beleza feminina (Almeida e colaboradores, 2011).

Prevaleceu a faixa etária de 35 a 50 anos e a escolaridade nível superior. Os pacientes do presente estudo são do setor privado, o que provavelmente justifica a escolaridade nível superior encontrada em 85,7% desses pacientes. Na pesquisa de Neves (2010) feita com pacientes bariátricos de uma clínica particular, 50% tinham ensino superior completo. O aumento da escolaridade pode levar ao aumento do poder aquisitivo, pacientes da rede privada possuem renda per capita maior que pacientes do setor público (Kelles, Machado e Barreto, 2014).

A maioria dos pacientes (76,2%) encontrava-se antes da cirurgia com IMC em obesidade III, atendendo aos critérios para a realização da cirurgia bariátrica. No momento da coleta a maioria dos pacientes tinha o IMC de sobrepeso (42,9%). O que demonstra que houve perda de peso significativa, melhorando assim o estado nutricional desses pacientes, o que é desejado após a cirurgia bariátrica. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, onde após seis meses da realização da cirurgia, pacientes que antes tinham IMC em obesidade III, passaram para a classificação de sobrepeso (Neves, 2010).

A maioria dos pacientes referiu o consumo de 6 refeições por dia. Esta prática é adequada e indicada para os pacientes bariátricos, pois, o aumento do fracionamento das refeições e horários pré-determinados para o consumo são necessários para que o indivíduo não fique muitas horas sem se alimentar vindo a sentir uma fome exagerada e conseqüentemente coma demasiadamente na próxima refeição escolhendo alimentos hipercalóricos.

Desta forma é possível manter maior controle e regularidade das refeições. No estudo de Valezi e colaboradores (2008) com bariátricos após 12 meses de cirurgia demonstrou que 62% destes consumiam 4 ou 5 refeições dia, e apenas 26,7% mais de 5 refeições dia.

Os alimentos com maior facilidade na ingestão foram peixe, salada, carne branca e arroz, provavelmente melhor tolerados pelos pacientes. Por outro lado, carne vermelha, pão e massa, são os alimentos referidos com maior dificuldade de ingestão. A tolerância alimentar diverge entre os estudos, mostrando que os pacientes têm aceitações diferentes

aos alimentos. O que é comum nos resultados é quanto a intolerância à carne vermelha (Valezi e colaboradores, 2008).

A carne bovina é o principal alimento pouco tolerado pelos pacientes pós cirurgia bariátrica, segundo vários estudos (Silva, Silva e Ferreira, 2011). A intolerância a carne é esperada devido a gastrectomia, pois altera a produção de pepsina, enzima responsável pela digestão das proteínas (Silva e colaboradores 2012).

A deglutição de fragmentos maiores causado pela mastigação errada, comum nesses pacientes, também contribui para o aumento da intolerância (Costa, 2013).

Desta forma, é importante incentivar o paciente a mastigar adequadamente para que a carne vermelha seja mais bem aceita, pois contém nutrientes importantes como ferro e vitaminas do complexo B, necessários ao organismo. Além de orientar o paciente quanto às fontes proteicas alternativas, como forma de evitar a deficiência de nutrientes.

A técnica cirúrgica mista é a mais realizada no mundo e caracterizada por restringir o volume alimentar por meio do grampeamento de parte do estômago que leva a diminuição do espaço para o alimento (SBCBM, 2017). É consenso a necessidade de suplementação vitamínica por toda vida do paciente (Rocha, Mendonça e Fortes, 2011). Tendo como objetivo prevenir e corrigir deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica (Ramos e Mello, 2015).

Neste estudo 88,1% dos pacientes referiram o uso de suplemento, destes, 91,9% em uso de suplemento vitamínico. No estudo de França, Nascimento e Gravena (2011) 66,6% dos pacientes usavam este suplemento, no de Bastos e colaboradores (2013) 73,4%, e no de Silva e colaboradores (2012) 93,5%.

Foi observado que os pacientes deste estudo que usam algum tipo de suplemento apresentaram, em média, peso atual menor que os que não usam suplemento, com diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Outros fatores podem ter influenciado na obtenção deste resultado como a técnica cirúrgica, tempo de pós-operatório, consumo alimentar e prática de atividade física.

A suplementação de proteína foi referida por 35,2% dos pacientes neste estudo. Número bem maior foi encontrado no estudo de Moreira e Kelly (2014) onde 84%



dos bariátricos faziam uso, e somente com o consumo do suplemento proteico é que se conseguiu atingir a recomendação diária de proteína para estes pacientes. A suplementação de proteína é bem-vinda no pós-operatório de cirurgia bariátrica tanto a médio quanto em longo prazo, pois é comum ocorrer deficiência proteica por vários motivos como a baixa ingestão de alimentos proteicos e redução na absorção (Ramos e Mello, 2015)

O consumo alimentar no aspecto qualitativo foi considerado positivo, demonstrando o consumo de alimentos saudáveis em maior frequência quando comparado com os alimentos não saudáveis.

Alimentos fonte de proteínas como leite desnatado, queijo branco e feijão foram referidos como consumidos diariamente pela maioria dos pacientes. Já as carnes de boi, frango, peixe e os ovos foram relatados com consumo semanal. Provavelmente o consumo dos diferentes tipos de carne é alternado durante a semana. No estudo de Novais (2009) realizado com mulheres com 24 meses de cirurgia bariátrica, o resultado foi semelhante para estes alimentos.

O consumo adequado de alimentos proteicos independente da sua origem é fundamental na perda de peso, na manutenção do peso adequado e para preservação da massa muscular (Bastos e colaboradores, 2013). Esse fator se deve provavelmente a maior saciedade que as proteínas têm em relação aos carboidratos e ao maior efeito térmico desses alimentos (Antonini e colaboradores, 2014).

O consumo de fruta e de salada crua foi diário pela maioria dos pacientes. O consumo diário desses alimentos é de grande importância, pois são fontes de fibras, aumentam a saciedade, auxiliando na perda de peso, além de serem ricos em micronutrientes (Gusmão e colaboradores, 2014).

Carboidratos como arroz e pão também foram referidos com consumo diário pela maioria dos pacientes. É importante salientar que o consumo exagerado de carboidratos simples e de alto índice glicêmico pode desencadear a Síndrome de Dumping (Ramos e Mello, 2015). Portanto, o consumo desse tipo de alimento deve ser controlado.

Quanto ao grupo das gorduras, a maioria dos pacientes referiu um consumo raro ou nunca para margarina, manteiga, óleo em

fritura e maionese. Já o azeite de oliva foi referido como consumido diariamente por quase metade dos pacientes. Presume-se que estes pacientes selecionam o tipo de gordura para o consumo, talvez seguindo recomendações dos profissionais de saúde.

As comidas regionais como vatapá, maniçoba e tacacá foram referidas pela maioria dos pacientes como raramente ou nunca consumidas. Essas preparações comumente apresentam ingredientes gordurosos e ricos em sódio. O consumo deve ser restrito, pois além de não favorecerem a perda de peso e causarem outros problemas de saúde, alimentos gordurosos podem ocasionar episódios de vômitos em pacientes pós cirurgia bariátrica (Novais, 2009).

Também foi relatado consumo raro ou nunca para salgados fritos/assados, pizza, sanduiche, snaks, refrigerante, bolo e doces. Esta prática é positiva, pois alimentos de alta densidade energética e pobre em nutrientes, são relacionados ao ganho de peso e gordura corporal, sendo, portanto, desaconselhado o consumo (Gusmão e colaboradores, 2014).

Normalmente a dieta habitual do indivíduo obeso é hipercalórica e rica em gorduras saturadas e trans (Conceição, 2011). Quando estes se submetem a cirurgia bariátrica, muitas vezes, tendem a permanecer com alimentação inadequada. No entanto, neste estudo, avaliando qualitativamente a dieta dos pacientes bariátricos, os resultados foram diferentes, demonstrando um maior cuidado por parte desses pacientes na escolha dos alimentos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos pacientes deste estudo apresenta um consumo alimentar qualitativamente adequado, consumindo regularmente alimentos saudáveis como frutas, hortaliças, arroz, feijão, leite desnatado e queijo branco.

Além do uso de suplemento vitamínico que é altamente recomendado para estes pacientes. E evitam o consumo de alimentos prejudiciais à saúde como refrigerantes, doces, snaks e outros.

A alimentação é fator importante para manutenção da saúde e perda de peso adequada no paciente bariátrico. É imprescindível o acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

para que o paciente seja orientado quanto aos hábitos alimentares saudáveis e o ajustado uso de suplementos.

## REFERÊNCIAS

- 1-Almeida, G.A.N.; Giampietro, H.B.; Belarmino, L.B.; Moretti, L.A. Marchini, J.S.; Ceneviva R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. ABCD, arq. bras. cir. dig. São Paulo. Vol. 24. Núm. 3. 2011. p. 226-231.
- 2-Antonini, V.D.S.; Hinitze, L.J.; Silva, D.F.; Hermoso, D.A.M.; Carolino, I.D.R.; Nardo, J.R.N. Comportamentos associados à manutenção dos resultados após cirurgia bariátrica. Medicina (Ribeirão Preto). Vol. 47. 2014. p. 149-156.
- 3-Bastos, E.C.L.; Barbosa, E.M.W.G.; Soriano, G.M.S.; Santos, E.A.; Vasconcelos, S.M.L. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig. São Paulo. Vol. 26. Supl. 1. 2013. p. 26-32.
- 4-Conceição, R.M.B. Avaliação da dieta habitual de mulheres adultas com sobrepeso e obesidade atendidas em um consultório particular de nutrição do município de Juiz de fora - Minas gerais. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 5. Núm. 25. 2011. p.3-9. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/211/206>>
- 5-Costa, D. Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol.7. Núm. 39. 2013. p. 57-68. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/303/289>>
- 6-Dolosso, A.C.A.; Silva, M.F.F.; Cunha, M.C. Aspectos orgânicos, psíquicos e nutricionais em pacientes bariátricos. Distúrb Comum. São Paulo. Vol. 25. Núm. 2. p. 2013. p 277-283.
- 7-França, D.L.M.; Nascimento, E.A.; Gravena, A.A.F. Aspectos gastrointestinais, perda de peso e uso de suplementos vitamínicos em pacientes pós-operatório de cirurgia bariátrica. Revista Saúde e Pesquisa. Vol. 4. Núm. 1. 2011. p. 23-28.
- 8-Gusmão, L.S.; Sperandio, N.; Morais, D.C.; Dutra, L.V.; Pinto, C.A.; Priore, S.E. Utilização de indicadores dietéticos como critérios prognósticos da Síndrome Metabólica. Revista da Associação Brasileira de Nutrição. Ano 6. Núm. 1. 2014. p. 37-46.
- 9-Kelles, S.M.B.; Machado, J.C.; Barreto, S.M. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. São Paulo. Vol. 27. Núm. 4. 2014. p. 261-267.
- 10-Ministério da Saúde (BR). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-Vigitel. Brasília. 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/Lancamento-resultados-2016.pdf>>
- 11-Moreira, P.R.S.; Kelly, E.O. Implicações do consumo de proteína e da prática de atividade física na massa corporal magra de mulheres submetidas ao bypass gástrico. Revista Brasileira Obesidade Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 8. Núm. 45. 2014. p. 97-105. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/335/322>>
- 12-Neves, C.F. Avaliação de biomarcadores de estresse oxidativo e estado inflamatório em pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia da obesidade. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília. 2010.
- 13-Novais, P.F.S. Evolução do peso, consumo alimentar e qualidade de vida de mulheres com mais de dois anos de cirurgia bariátrica [Dissertação de mestrado]. Faculdade de ciências farmacêuticas-Universidade estadual paulista. São Paulo. 2009.
- 14-Nozaki, V.T.; Rossi, N.M. Imagem corporal: cirurgia bariátrica. Revista Saúde e Pesquisa. Vol. 3. Núm. 2. 2010. p. 185-191.



15-Pedrosa, I.V.; Burgos, M.G.P.A.; Souza, N.C.; Morais, C.N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 36. Núm. 4. 2009. p. 316-322.

16-Ramos, C.P.; Mello, E.D. Manejo nutrológico no pós-operatório de cirurgia bariátrica. International Journal de Nutrology. Vol. 8. Núm. 2. 2015. p. 39-49.

17-Rocha, Q.S.; Mendonça, S.S.; Fortes, R.C. Perda ponderal após gastroplastia em y de roux e importância do acompanhamento nutricional - uma revisão de literatura. Com. Ciências da saúde. Vol. 22. Núm. 1. 2011. p. 61-70.

18-Silva, C.T.; Vasconcelos, T.F.S.; Soares, F.M.; Silva Neto, E.F.; Cândido, M.F.; Barbosa, K.B.F. Uso de suplementos alimentares e ingestão protéica em pacientes em tratamento pós-operatório de cirurgia bariátrica, assistidos em nível ambulatorial. HU Revista, Juiz de Fora. Vol. 38. Núm. 3 e 4. 2012. p. 207-214.

19-Silva, M.R.S.B.; Silva, S.R.B.; Ferreira, D.A. Intolerância alimentar pós-operatória e perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Bypass Gástrico. J Health Sci Inst. Vol. 29. Núm. 1. p. 2011. p. 41-44.

20-Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Técnicas cirúrgicas. 2017. Disponível em:  
 <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>>

21-Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e metabólica. Residência médica em cirurgia bariátrica pode reduzir as filas dos hospitais do sistema público de saúde. 2015. Disponível em:  
 <<https://www.sbcbm.org.br/residencia-medica-em-cirurgia-bariatrica-pode-reduzir-as-filas-dos-hospitais-do-sistema-publico-de-saude/>>

22-Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Obesidade. 2008. Disponível em:  
 <<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>>

23-Valezi, A.C.; Brito, E.M.; Mali Junior, J.; Brito, S.J. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica

com bandagem em y-de-Roux: comparação entre homens e mulheres. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 35. Núm. 6. 2008. p. 387-391.

Endereço para correspondência:

Aline Lima da Paixão

Endereço: Rua senador Antônio Lemos, Nº 1575. Bairro: lanetama. Castanhal, Pará. CEP: 745010.

Recebido para publicação em 11/10/2017  
 Aceito em 21/01/2018