

MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Lívia Moreira Barros¹, Natasha Marques Frota²
 Rosa Aparecida Nogueira Moreira²
 Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão¹
 Joselany Áfio Caetano²

RESUMO

Objetivo: Avaliar as mudanças nos hábitos de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Métodos: Estudo descritivo e transversal realizado de novembro de 2014 a junho de 2015 em referência hospitalar para cirurgia bariátrica no Estado do Ceará/Brasil. A amostra foi composta por 92 pacientes de pós-operatório tardio e a coleta de dados foi feita com um instrumento estruturado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP538/2011). Resultados: Verificou-se as diferenças entre a adoção de comportamentos saudáveis nos períodos pré e pós-operatório com os testes Qui-quadrado e Exato de Fischer. Houve uma diminuição na prática do tabagismo ($p=0,001$) e do alcoolismo ($p=0,002$). Os resultados mostram o aumento da prática de atividade física de 31,5% (29) para 64,1% (59) após a cirurgia ($p=0,018$) e a escolha por refeições balanceadas e nutritivas aumentou de 28,2% (16) para 65,2% (60) ($p<0,001$). Conclusão: Evidenciou-se uma melhora dos hábitos de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; Cirurgia Bariátrica; Comportamentos Saudáveis.

1-Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Fortaleza-CE, Brasil.

2-Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-CE, Brasil.

ABSTRACT

Changes in the life habits of patients on postoperative bariatric surgery

Objective: To evaluate changes in the life habits of patients undergoing bariatric surgery. Methods: A descriptive and cross-sectional study was conducted from November 2014 to June 2015 in a hospital reference for bariatric surgery in the State of Ceará, Brazil. The sample consisted of 92 late postoperative patients and the data collection was done with a structured instrument. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution (CEP538/2011). Results: The differences between the adoption of healthy behaviors in the pre- and postoperative periods were verified using the Chi-square test and Fischer's exact test. There was a decrease in the practice of smoking ($p = 0,001$) and alcoholism ($p = 0,002$). The results show an increase in physical activity from 31.5% (29) to 64.1% (59) after surgery ($p = 0,018$) and the choice for balanced and nutritious meals increased from 28.2% (16) to 65.2% (60) ($p <0,001$). Conclusion: An improvement in the life habits of patients after bariatric surgery was evidenced.

Key words: Morbid obesity. Bariatric surgery. Health behavior.

E-mails dos autores:

livia.moreirab@hotmail.com

enfanatashafrota@yahoo.com.br

nogueiramoreira@bol.com.br

girlane.albuquerque@yahoo.com.br

joselany@ufc.br

Endereço para correspondência:

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão.

Rua L04, 428, Jerônimo de Medeiros Prado, Sobral, Ceará, Brasil.

CEP: 62100-000.

Telefone: (88) 992792965.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida da sociedade contemporânea é apontado como o principal responsável pelo rápido crescimento da prevalência de obesidade. A obesidade é uma das principais preocupações com a saúde pública, podendo causar muitas doenças crônicas, como diabetes, doenças cardíacas, hipertensão arterial, câncer, artrite, fígado gordo e depressão relacionados à baixa autoestima e imagem corporal negativa (Shahda, 2018).

A obesidade ganhou destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar (Dias e colaboradores, 2017). Em adultos, o excesso de peso e a obesidade atingiram 56,9% e 20,8% da população em 2013, respectivamente (IBGE, 2015).

Reduzir a prevalência da obesidade e do sobrepeso seguramente implica ganhos importantes em termos de saúde devendo-se investir maciçamente em medidas de prevenção tanto primária (redução do sobrepeso) como secundária (redução da obesidade) (Correia e colaboradores, 2011). Tais medidas, entre outros aspectos, têm dado especial ênfase ao papel que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados aos cuidados de saúde primários, podem desempenhar enquanto promotores de mudanças comportamentais em áreas de risco, como é o caso da obesidade.

A mudança de hábitos já esperada, principalmente, em indivíduos portadores de doenças crônicas requer uma adaptação do sujeito a uma nova rotina de vida para manutenção saudável do organismo. Na obesidade essas mudanças envolvem diversos fatores, o que leva, muitas vezes, o insucesso na perda de peso somente a partir dessas mudanças (Teixeira, Pais Ribeiro e Maia, 2012).

Com o acentuado aumento da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica tem-se tornado cada vez mais comum, a qual é a intervenção mais eficaz na condução clínica

de obesos graves (Scabim, Eluf-Neto e Tess, 2012). A cirurgia bariátrica tem como principais benefícios a perda e manutenção do peso, a resolução e/ou controle das comorbidades associadas e consequente melhora da qualidade de vida (Gordon, Kaio e Sallet, 2011).

Porém, esse procedimento é apenas uma restrição física e, sozinha, não promove uma mudança real e concreta nos hábitos alimentares e comportamentais do paciente. Para se obter bons resultados, é necessário um acompanhamento frequente, efetuado por uma equipe de saúde composta por enfermeiros, nutricionistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, garantindo uma perda de peso adequada, dentro dos padrões de saúde (Araújo, Silva e Fortes, 2010).

Por ser um fenômeno multifatorial, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar e minuciosa. Inicialmente, recomenda-se um acompanhamento nutricional visando à modificação dos padrões alimentares, a indicação de atividade física e o uso de medicamentos (Oliveira e colaboradores, 2018).

A consciência da necessidade da mudança de comportamento e sua real efetivação estabelecem-se em longo prazo. Mudar o comportamento e alterar hábitos prejudiciais à saúde e à qualidade de vida não se faz instantaneamente ou pela simples vontade de mudar. É preciso ter disciplina, persistência, determinação e isso inclui também o equilíbrio entre os estados físico, funcional, psicológico, social e os fatores econômicos (Cavalcanti e colaboradores, 2011).

Diante do exposto, observa-se que a obesidade é influenciada pelos hábitos que o indivíduo possui no seu dia a dia. A avaliação das mudanças desses hábitos no cotidiano do paciente é válida para a verificação da adequação do estilo de vida do paciente no pós-operatório com as orientações recebidas durante o período transoperatório.

Assim sendo, esse estudo teve como objetivo avaliar as mudanças nos hábitos de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público no Estado do Ceará. Infere-se que o conhecimento dos comportamentos saudáveis desses indivíduos após a cirurgia é importante para nortear as condutas que o profissional de saúde terá que implementar no plano de cuidados desse

paciente visando a promoção da saúde do mesmo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo e transversal desenvolvido no período de novembro de 2014 a junho de 2015 em um hospital referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará.

Para compor a amostra, os critérios de inclusão foram: a) idade superior a 18 anos; b) ter comparecido para atendimento na instituição no período da coleta de dados; c) estar vivenciando o pós-operatório há, no mínimo, três meses. Este período foi estabelecido com o intuito de abordar os pacientes quando os mesmos começam a praticar atividade física e iniciam uma alimentação diferenciada.

Dessa forma, a amostra foi estabelecida por temporalidade, sendo composta por 92 pacientes bariátricos que estavam no pós-operatório tardio e compareceram ao ambulatório da instituição no período referido de oito meses para a realização de consultas com a equipe multidisciplinar.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento estruturado que continha informações sobre os dados sociodemográficos e os hábitos de vida. Na avaliação dos hábitos de vida, foram considerados tabagistas aqueles que referiram uso atual de cigarro, cachimbo ou charuto e ex-tabagista os que abandonaram. Quanto ao uso de bebida alcoólica, foi avaliado o uso ou não e o tipo de bebida. Considerou-se prática regular de atividade física pelo menos três vezes por semana e pelo menos trinta minutos.

Com relação à alimentação, a classificação foi feita a partir da análise do consumo de alimentos presentes na pirâmide alimentar (óleos e gorduras; açúcares e doces; leite e produtos lácteos; carnes e ovos; leguminosas; hortaliças; frutas e cereais, pães, tubérculos e raízes); das porcentagens consumidas de gordura total e gordura saturada e da variedade da dieta (Pierin e colaboradores, 2011).

Para a análise dos dados, as informações foram tabuladas no Excel e

exportadas para o software estatístico SPSS versão 19, para tratamento e geração dos resultados. Verificou-se as diferenças entre a adoção de comportamentos saudáveis nos períodos pré e pós-operatório com a aplicação do teste do Qui-quadrado e Exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais e analisados pela literatura atual.

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP538/2011).

RESULTADOS

Dos 92 pacientes em pós-operatório da cirurgia bariátrica, observou-se que houve um predomínio do sexo feminino com 82,6% (76). Com relação à idade, o maior percentual encontrava-se na faixa etária de 29 a 38 anos, sendo a frequência de 33,7% e a média de idade é de $40,53 \pm 10,03$ e uma variância que abrange de 22 a 70 anos.

Quanto ao estado civil, o matrimônio esteve presente em 65,2% (60) dos pacientes. Em relação ao grau de escolaridade, houve o predomínio do ensino médio completo em que 53,3% (49) concluíram o segundo grau. Ao se avaliar a ocupação dos indivíduos, verificou-se que 75% (69) dos pacientes exerciam atividade remunerada. A renda familiar predominante foi entre um a três salários mínimos, sendo a frequência de 40,2% (37). Quanto à procedência, observa-se maior participação no programa de obesidade por parte dos indivíduos que residem na Região Metropolitana de Fortaleza, 75% (69).

Com relação à técnica cirúrgica utilizada, 53,3% (49) dos pacientes foi operada por videolaparoscopia, enquanto que 46,7% (43) o tipo de cirurgia foi aberta ou convencional. Quanto ao tempo de pós-operatório, o mínimo foi de três meses e o máximo de 133 meses.

Nesse estudo, foram avaliados como hábitos de vida: a prática de atividade física, o tabagismo, o etilismo e a alimentação saudável (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos hábitos de vida antes e após a realização da cirurgia dos pacientes do pós-operatório do Programa de Obesidade do Estado do Ceará/ Brasil (n=92). Fortaleza-CE, 2015.

Variáveis		Antes	Depois	p
Tabagismo	Sim	11 (11,9%)	5 (5,4%)	0,001*
	Não	81 (88,1%)	87 (94,6%)	
	Total	92 (100%)	92 (100%)	
Etilismo	Sim	36 (39,1%)	16 (17,4%)	0,002*
	Não	56 (60,9%)	76 (82,4%)	
	Total	92 (100%)	92 (100%)	
Atividades Físicas	Sim	29 (31,5%)	59 (64,1%)	0,018*
	Não	63 (68,5%)	33 (35,9%)	
	Total	92 (100%)	92 (100%)	
Alimentação Saudável	Sim	26 (28,2%)	60 (65,2%)	<0,001**
	Não	66 (71,7%)	11 (12%)	
	Às vezes	-	21 (22,8%)	
	Total	92 (100%)	92 (100%)	

Legenda: * Teste Qui-quadrado **Teste Exato de Fisher.

Houve uma diminuição na prática do tabagismo de 11,9% (11) para 5,4% (5). Apenas um paciente não era tabagista antes da cirurgia e passou adotar o hábito de fumar após o procedimento cirúrgico ($p=0,001$). O etilismo obteve uma mudança mais significativa após a cirurgia, pois houve uma diminuição de 39,1% (36) para 17,4% (16) com p igual a 0,002. Observou-se que 4,3% (4) pacientes tornaram-se etilistas no pós-operatório.

De modo reverso, a prática de atividade física aumentou de 31,5% (29) para 64,1% (59) após a cirurgia bariátrica ($p=0,018$). Dentre os 59 pacientes que praticam exercício físico, 38% (35) eram sedentários antes do procedimento cirúrgico e 30,5% (18) não iniciaram essa prática no tempo recomendado, que seria a partir do 3º mês de pós-operatório.

Com relação à alimentação saudável, também se verificou uma melhora nesse hábito de vida, pois 65,2% (60) dos pacientes referiram que suas refeições eram balanceadas e nutritivas após a cirurgia enquanto que, no pré-operatório, apenas 28,2% (16) alimentavam-se saudavelmente ($p<0,001$).

Dos 60 pacientes que apresentaram uma alimentação saudável diariamente, 38% (35) não o faziam antes da cirurgia. Apesar desses resultados, foi identificado que 22,8% (21) dos pacientes que realizaram a cirurgia optam somente às vezes por uma alimentação adequada. Constatou-se que 84,8% (78) dos pacientes tomam os suplementos vitamínicos diariamente.

DISCUSSÃO

É essencial que a avaliação dos hábitos saudáveis seja um aspecto importante a ser abordado durante as consultas de acompanhamento do pós-operatório com o intuito de verificar como está a efetividade das mudanças propostas associadas à cirurgia bariátrica no comportamento de vida dos indivíduos. O profissional deve sempre orientar e reforçar os benefícios obtidos com as práticas de saúde adequadas para a melhora da sua qualidade de vida e para a perda e manutenção do seu peso.

Um estudo norte americano verificou que a realização de uma abordagem educacional e estratégias de motivação no aconselhamento nutricional pelos profissionais de saúde contribuiu para a mudança de comportamento com significativo aumento da prática de atividade física entre seis e 12 meses após a cirurgia, resultando em uma perda de peso satisfatória (Nijamkin e colaboradores, 2012).

A obesidade e o tabagismo constituem os principais fatores de risco para doenças crônicas e morte precoce e apresentou-se como uma mudança significativa no grupo estudado. A cirurgia bariátrica tem demonstrado capacidade de conseguir a perda de peso duradoura em pacientes obesos mórbidos, mas o impacto do tabagismo sobre os resultados cirúrgicos pode predispor ao aumento do risco de complicações tardias em fumantes. Fumantes obesos apresentam um risco quatro vezes maior de desenvolver estenose e três vezes o risco de úlcera marginal em comparação com

os não fumantes submetidos à cirurgia bariátrica. No entanto, o tabagismo pode não ter sido o único fator precipitante nas complicações, pois o tipo de cirurgia também influencia o risco de complicações em fumantes (Fakujulo e colaboradores, 2010).

Assim, durante o pré-operatório, o profissional de saúde deve orientar que o paciente procure cessar ou diminuir o hábito de fumar com o objetivo de diminuir o risco de desenvolvimento de complicações respiratórias no pós-operatório. Além disso, a equipe multiprofissional que acompanha os pacientes que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento deve oferecer ou encaminhar os indivíduos fumantes a um programa que apoie a cessação do tabagismo tendo em vista que o hábito de parar de fumar frequentemente é associado com o ganho de peso e muito dos pacientes que são tabagistas têm medo de que, se pararem de fumar, eles irão recuperar o peso perdido após a cirurgia (Fakujulo e colaboradores, 2010).

Com relação ao alcoolismo, a cirurgia bariátrica pode aumentar o risco de abuso e dependência de álcool após o segundo ano da realização do procedimento cirúrgico. O grupo de maior risco é representado por pacientes jovens do sexo masculino, fumantes, consumidores regulares de álcool e usuários de drogas. As mudanças anatômicas e fisiológicas proporcionadas por esse procedimento afetam a absorção e o metabolismo do álcool favorecendo com que os pacientes alcancem um nível de álcool mais rapidamente ou demorem mais tempo a voltar a um estado sóbrio após a cirurgia bariátrica (Nijamkin e colaboradores, 2012).

O abuso de álcool após as intervenções é particularmente preocupante. Após o bypass gástrico, os pacientes desenvolvem maior vulnerabilidade aos seus efeitos (rápida absorção e níveis séricos mais elevados), o que teoricamente os torna mais suscetíveis tanto às propriedades sistêmicas maléficas quanto aos efeitos psicotrópicos associados com acidentes por imprudência/impulsividade, sintomas depressivos e suicídio (Gordon, Kaio e Sallet, 2011).

No momento das consultas do pré-operatório, os pacientes devem ser informados sobre os efeitos potenciais da cirurgia bariátrica para aumentar o risco de o risco de abuso e dependência de álcool. Deve ser

avaliado se o paciente faz uso de álcool e, se indicado, o paciente deve receber um encaminhamento para grupos de apoio de dependentes de álcool, sendo essa assistência oferecida como parte do atendimento clínico pré-operatório e pós-operatório de rotina (King e colaboradores, 2012).

Apesar de termos percebido um maior número de pacientes realizando atividade física regularmente, 35,9% ainda são sedentários, principalmente, da necessidade de começar os exercícios físicos assim que for permitido, pois essa atitude irá contribuir para a perda de peso satisfatória. Entre as mulheres, existe uma menor disposição e tempo para a prática de atividade física em razão da dupla jornada de trabalho (incluindo os afazeres domésticos) e ainda uma média de menos duas horas de sono quando comparado com os homens. Este fato justificaria a menor adesão à prática de atividade física pelas mulheres (Ferreira e Magalhães, 2011).

A atividade física é um componente importante para a manutenção da perda de peso a longo prazo devendo ser incorporada logo no início do tratamento da obesidade, podendo ser associada a dietas nutricionais (Goodpaster e colaboradores, 2010). A inclusão de programas de exercícios físicos supervisionados para pacientes com obesidade mórbida deve ser considerada um importante componente do tratamento clínico. O estudo de estratégias factíveis no âmbito da saúde pública pode estender os benefícios da atividade física a esses pacientes crônicos que, de um modo geral, não recebem atenção nos anos de espera até a obtenção da cirurgia bariátrica e também aos obesos mórbidos que não desejam ou não podem submeter-se a essa forma de tratamento (Marcon, Gus e Neumann, 2011).

A educação alimentar tem um papel importante em relação ao processo de transformação, recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, pois pode proporcionar conhecimentos necessários à tomada de decisão, formando atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas. Há a necessidade de intervenções educativas para esclarecer a importância da alimentação saudável no controle do peso corporal, a fim de minimizar a ocorrência de doenças em prol

de melhor saúde e qualidade de vida (Cavalcanti e colaboradores, 2011).

A alimentação como um ato social se reveste de significados e, portanto, envolve um universo de escolhas, hábitos e preferências alimentares (Ferreira e Magalhães, 2011). Dessa forma, sabe-se que os padrões de consumo de alimentos de grupos populacionais variam segundo sexo, condição socioeconômica e origem étnica dos indivíduos. Além disso, as escolhas alimentares dependem da disponibilidade local de alimentos e podem modificar-se ao longo do tempo (Gimeno e colaboradores, 2011).

Após a cirurgia bariátrica, observa-se redução na ingestão calórica, acompanhada de alterações no padrão dietético habitual dos pacientes, o que explicaria, parcialmente, a significativa perda de peso e IMC, isto é: ingestão reduzida de leite, arroz e principalmente feijão, doces e sorvetes, assim como intolerância à carne que ocorreria devido ao déficit de enzimas proteolíticas e ácido clorídrico, necessários para iniciar a digestão no estômago (Costa e colaboradores, 2010).

As orientações dietéticas têm como objetivo não somente prevenir complicações pós-cirúrgicas, mas também prevenir e minimizar efeitos colaterais, entre eles, vômitos e síndrome de "dumping". Essa síndrome é caracterizada por um mal-estar súbito que ocorre quando o indivíduo ingere alimentos hipercalóricos ou gordurosos após a cirurgia de bypass gástrico. O "dumping" resulta da passagem rápida de alimentos da bolsa gástrica para o intestino, principalmente alimentos muito concentrados, gordurosos, e doces, como chocolates e cremes. Devido sua alta osmolaridade estes alimentos causam diarreia, taquicardia, suor excessivo, enjoo, vômito entre 15 a 30 minutos após a ingestão do doce. Pode ocorrer queda da glicemia após uma a duas horas por excesso de liberação de insulina pelo pâncreas, o que pode ser chamado de "dumping" tardio (Gagnon e Karwacki, 2012).

A síndrome de Dumping síndrome ocorre com mais frequência em pacientes submetidos a Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR). Esses pacientes devem ser orientados a evitar certos alimentos a fim de reduzir a ocorrência dessa complicação. As recomendações incluem comer cinco ou seis pequenas refeições ao invés de três grandes, comer devagar e mastigar bem, evitar fluidos

durante as refeições e evitar frituras e alimentos ricos em gordura ou açúcar (Gagnon e Karwacki, 2012).

Outra orientação importante que deve ser concedida ao paciente antes da realização da cirurgia e ser reforçada durante o pós-operatório é a tomada diária do suplemento vitamínico para evitar as deficiências nutricionais. A prevenção das deficiências de vitaminas e minerais exige acompanhamento dos pacientes em longo prazo e o conhecimento das funções desses micronutrientes no corpo humano, além dos sinais e sintomas de sua deficiência.

O uso de polivitamínicos/minerais de forma preventiva deve compor o protocolo de atendimento de todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, principalmente, daqueles submetidos às técnicas que envolvem algum grau de disabsorção. A utilização regular do suplemento nutricional tem sido defendida quando utilizada de forma correta: pelo menos cinco vezes por semana. No entanto, apenas 33% dos pacientes atendem a essa recomendação, e 7,7% deixam de utilizar os polivitamínicos/minerais após dois anos de cirurgia (Bordalo e colaboradores, 2011). Observou-se neste estudo que 15,2% dos pacientes não faziam o uso regular do suplemento vitamínico, taxa superior à que é encontrada na literatura.

A reposição e a incorporação de micronutrientes ao corpo a partir da alimentação é a maneira mais adequada de se manter os estoques corporais em níveis desejáveis. A utilização de uma dosagem diária adequada de polivitamínico/mineral é uma forma de garantir o aporte nutricional adequado de micronutrientes para o bom funcionamento dos processos que ajudam na regulação de peso corporal (Aills e colaboradores, 2008).

Houve uma melhora dos hábitos de vida dos pacientes após a cirurgia bariátrica. O conhecimento dessas alterações revela-se importantes para que os profissionais de saúde possam estabelecer e implementar uma intervenção adequada e direcionada para a realidade clínica de cada paciente, de forma a otimizarem a promoção da saúde de indivíduos ainda obesos e os que foram submetidos ao procedimento cirúrgico.

É necessário que a equipe multiprofissional atue ativamente na

orientação sobre a importância da prática de exercício físico para a manutenção do peso e das melhorias obtidas com a cirurgia bariátrica. A orientação alimentar faz parte do processo pré e pós-operatório, com o intuito de evitar complicações da cirurgia e ajudar na perda de peso e manutenção do bom estado físico. Todos os itens avaliados apontaram significância estatística, fato importante para a diminuição de complicações no pós-operatório, melhora na qualidade de vida e diminuição de risco para doenças cardiovasculares e comorbidades.

Para isto, é fundamental que o profissional de saúde amplie a sua participação nos cuidados direcionados ao paciente bariátrico durante todo o seu percurso em busca de uma vida mais saudável, sendo a avaliação da qualidade de vida e a orientação sobre as mudanças no estilo de vida, fatores essenciais para o sucesso da cirurgia e bem-estar do paciente. Dessa forma, o profissional de saúde estará promovendo saúde e prevenindo retorno do excesso de peso e das comorbidades, favorecendo a adesão à atividade física e alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

- 1-Aills, L; Blankenship, J; Buffington, C; Furtado, M; Parrott J. Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Relat Dis*. Vol. 4. Supl. 5. p. 73-108. 2008.
- 2-Araujo, A.M; Silva, T.H.M; Fortes, R.C. A importância do acompanhamento nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Comun Ciênc Saúde*. Vol. 21. Num. 2. p.139-150. 2010.
- 3-Bordalo, L.A; Teixeira, T.F.S; Bressan, J; Mourão, D.M. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. *Rev Assoc Méd Bras*. Vol. 57. Num. 1. p.113-120. 2011.
- 4-Cavalcanti, C.L; Gonçalves, M.C.R; Cavalcanti, A.L; Costa, S.F.G, Ascitti, L.S.R. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. *Ciênc Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 5. p. 2383-2390. 2011.
- 5-Correia, L.L; Silveira, D.M.I; Silva, A.C; Campos, J.S; Machado, M.M.T; Rocha, H.A.L; Cunha, A.J.L.A; Lindsay, A.C. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 1. p. 133-145. 2011.
- 6-Costa, L.D; Valezi, A.C; Matsuo, T; Dichi, I; Dichi, J.B. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. *Rev Col Bras Cir*. Vol. 37. Num. 2. p. 96-101. 2010.
- 7-Dias, P.C; Henriques, P; Anjos, L.A; Burlandy, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 33. Num. 7. p. 1-12. 2017.
- 8-Fakujulo, A; Fong, B; Abdemur, A; Szomstein, A; Rosenthal, R.J. Prevalence and implications of cigarette smoking in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. Vol. 6. Num. 3. p. 1-26. 2010.
- 9-Ferreira, V.A; Magalhães, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 4. p. 2279-2287. 2011.
- 10-Gagnon, L.E; Karwacki, E.J. Outcomes and Complications After Bariatric Surgery. *Am J Nurs*. Vol. 112. Num. 9. p. 26-36. 2012.
- 11-Gimeno, A.G.A; Mondini, L; Moraes, S.A; Freitas, I.C.M. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. Vol. 27. Num. 3. p. 533-545. 2011.
- 12-Goodpaster, B.H; DeLany, J.P; Otto, A.D; Kuller, L; Vockley, J; South-Paul, J.E; et al. Effects of Diet and Physical Activity Interventions on Weight Loss and Cardiometabolic Risk Factors in Severely Obese Adults: A Randomized Trial. *JAMA*. Vol. 304. Num. 16. p. 1795-1802. 2010.
- 13-Gordon, P.C; Kaio, G.H; Sallet, P.C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico:

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

revisão. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). Vol. 38. Num. 4. p. 148-154. 2011;

14-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

15-King, W.C; Chen, J.Y; Mitchell, J.E; Kalarchian, M.A; Steffen, K.J; Engel, S.G. et al. Prevalence of Alcohol Use Disorders Before and After Bariatric Surgery. JAMA. Vol. 307. Num. 23. p. 2516-2525. 2012.

16-Marcon, E.R; Gus, I; Neumann, C.R. Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 55. Num. 5. p. 331-338. 2011.

17-Nijamkin, M.P; Campa, A; Sosa, J; Baum, M; Himburg, S; Johnson, P. Comprehensive Nutrition and Lifestyle Education Improves Weight Loss and Physical Activity in Hispanic Americans Following Gastric Bypass Surgery: A Randomized Controlled Trial. J Acad Nutr Diet. Vol. 112. Num. 3. p. 382-390. 2012.

18-Oliveira, L.S.F; Filho, M.L.M; Venturini, G.R.O; Castro, J.B.P; Ferreira, M.E.C. Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida de pacientes com obesidade: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 12. Num. 69. p.47-58. 2018. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/651>>

19-Pierin, A.M.G; Marroni, S.N; Taveira, L.A; Bensenor, I.J.M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. Vol. 16. Suppl. 1. p. 1389-1400. 2011.

20-Scabim, V.M; Eluf-Neto, J; Tess, B.H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. Rev Nutr. Vol. 25. Num. 4. p. 497-506. 2012.

21-Shahda, S. Quality of Life and Body Image after Bariatric Surgery. Adv Obes Weight Manag Control. Vol. 8. Num. 1. p. 608-614. 2018.

22-Teixeira, F.V; Pais Ribeiro, J.L; Maia, A.R.P.C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. Rev Assoc Med Bras. Vol. 8. Num. 2. p. 254-262. 1992.

Recebido para publicação em 15/03/2018
Aceito em 10/05/2018