



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

**CIRURGIA BARIÁTRICA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO E A
ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL**

ANA CRISTINA SOARES MEDEIROS

Professora Orientadora: Ms. Daniela de Araújo Medeiros Dias

Brasília, 2017

RESUMO

Introdução: Diversas intervenções cirúrgicas tem sido empregadas com maior ou menor sucesso no tratamento da obesidade mórbida, como a gastroplastia, gastrogastrostomia, gastroplastia vertical com bandagem, gastrojejunostomia em alça de Alden, bypass gástrico em Y de Roux e a exclusão gástrica com gastroenterostomia. O aconselhamento nutricional no pós-operatório destas intervenções é essencialmente importante devido às inúmeras alterações de hábitos alimentares que o paciente irá desenvolver. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo avaliar a adesão da dieta em pacientes bariátricos no pós-operatório tardio. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo e envolveu pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. A amostra foi composta por conveniência. A coleta de dados foi realizada em uma clínica particular de cirurgia bariátrica do Distrito Federal, através de um questionário e um recordatório de consumo alimentar habitual. Após a aplicação do questionário e recordatório do consumo alimentar habitual foram verificados se os pacientes seguem as recomendações do pós-operatório tardio.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Obesidade Mórbida. Período Pós-operatório. Recomendações Nutricionais.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde (OMS, 2000). A classificação mais utilizada para definir excesso de peso e obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC). Tem excesso de peso quem apresenta IMC acima de 25 kg/m² e obesidade acima de 30 kg/m² (HALPERN, MANCINI, 2002).

A prevalência de obesidade aumentou em todos os grupos etários, principalmente nos países desenvolvidos. Dados estatísticos revelam o aumento de 12-20% nos homens e de 16-25% nas mulheres nos últimos 10 anos em todo o mundo. E segundo dados do (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) IBGE de 2009, o sobrepeso atingia 50,1% dos homens e 48% das mulheres no Brasil. A obesidade atinge 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres (BRASIL, 2009).

Para uma grande parcela da população obesa, as tentativas de mudanças no estilo de vida culminam em fracassos recorrentes. De fato, modificações do padrão alimentar e estabelecimento de atividade física regular podem ser práticas impossíveis de se implementar a longo prazo. Nestes obesos, os inúmeros tratamentos e a oscilação ponderal, além do potencial genético, agravam o quadro clínico. A morbidade associada a obesidade grave (hipertensão arterial, artropatias, dislipidemias, diabetes, disfunções respiratórias e outras). Gerou o termo “obesidade mórbida”. Sem qualidade de vida e com extrema instabilidade emocional, surge a busca por um tratamento definitivo, ao qual a medicina responde com a intervenção cirúrgica (CUPPARI, 2005).

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

importantes como menor risco de complicações e recuperação mais rápida (RAMOS, 2016).

Diversas intervenções cirúrgicas tem sido empregadas com maior ou menor sucesso no tratamento da obesidade mórbida: gastroplastia; gastrogastrostomia; gastroplastia vertical com bandagem; gastrojejunostomia em alça de Alden; bypass gástrico em Y de Roux; exclusão gástrica com gastroenterostomia (WAITZBERG, 2004).

Os pacientes com $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ são candidatos potenciais ao tratamento cirúrgico, visando a melhora metabólica e o controle dos fatores de risco consequentes do excesso de peso. Indicações clássicas para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ou $> 35 \text{ kg/m}^2$ com doenças associadas; (HALPERN, MANCINI, 2002).

Contudo, o aconselhamento nutricional no pós-operatório é essencialmente importante devido às inúmeras alterações de hábitos alimentares que o paciente irá desenvolver (CRUZ, MORIMOTO, 2004) Quando realizado rotineiramente, pode identificar e intervir precocemente em situações pós-operatórias de perda insuficiente ou reganho do excesso de peso e deficiências nutricionais (FAINTUCH *et al.*, 2004; MAGRO *et al.*, 2008), sendo esse acompanhamento a garantia para o sucesso da cirurgia, evitando complicações posteriores (CRUZ, MORIMOTO, 2004). Alguns, pacientes tem problemas com vômito se comerem muito depressa, mastigarem mal, tomarem líquidos logo depois de comer, deitarem depois de comer ou se comerem demais. E pode ocorrer desidratação ou síndrome do esvaziamento rápido (STUMP, 1999).

A dieta padronizada tem como objetivo o repouso gástrico, adaptação a pequenos volumes, hidratação, favorecimento do processo digestivo, do esvaziamento gástrico e impedir que resíduos possam aderir à região grampeada (CAMBI *et al.*, 2002). Diante do exposto, este estudo avaliou a adesão da dieta e fatores associados em pacientes bariátricos no pós-operatório tardio.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a adesão da dieta e fatores associados em pacientes bariátricos no pós-operatório tardio.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- ✓ Identificar prevalência de adesão da dieta no pós-operatório tardio.
- ✓ Investigar a presença de sintomas de compulsão alimentar.
- ✓ Identificar os pacientes que têm maior prevalência de recaídas após o tratamento para a perda de peso.
- ✓ Identificar quais são os alimentos que mais contribuem para a recaída.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, no qual foram captados pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica no período de março a abril de 2017, de uma clínica particular do Distrito Federal. Os critérios de inclusão foram pacientes bariátricos no pós-operatório de 10 semanas a 24 meses e que concordaram e assinaram o TCLE. Como critérios de exclusão foram excluídos os pacientes que não concordaram a participar da pesquisa e os pacientes que não responderam adequadamente o questionário e recordatório de consumo alimentar habitual.

A amostra foi composta por conveniência e no período de coleta todos os pacientes foram convidados a participar da pesquisa. Ao final da coleta, verificamos 30 pacientes de ambos os sexos submetidas à derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (GRYR) no período de 10 semanas a 24 meses. Para coleta de dados foi aplicado um questionário no qual foi avaliado o comportamento alimentar e fatores psicológicos e se possuem acompanhamento nutricional no pré-operatório e pós-operatório (APÊNDICE A) e um recordatório de consumo alimentar habitual qualitativamente e quantitativamente (APÊNDICE B).

A Clínica foi fundada em 2005. A empresa é composta por uma equipe de médicos cirurgiões, uma nutricionista, psicólogo, que se dedicam ao estudo e tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. A recomendação de números de consultas com a nutricionista no pós-operatório segue um protocolo de 15 a 90 dias, dependendo dos exames bioquímicos do paciente. Sendo acompanhado mensal, bimestral, trimestral e semestral, porém essa recomendação pode variar de acordo com a individualidade de cada paciente, sendo acompanhados também pela equipe multidisciplinar. A seleção da amostra foi realizada na clínica, do tipo conveniência.

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Esse projeto tem aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Uniceub cujo número é 70790075.

A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do referido comitê e assinatura dos participantes do TCLE. Na execução e divulgação dos resultados será garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise sociodemográfica da amostra e psicológicos e dos pacientes avaliadas estão apresentados na Tabela 1. Fizeram parte desse estudo 30 pacientes sendo 66,7% do sexo feminino cuja média da idade era de 39 ± 10 anos, onde 86,6 % dos pacientes referem ter recaídas no pós-operatório. O tempo médio do tempo do pós-cirúrgico era de 14 ± 9 meses.

O tempo médio de acompanhamento nutricional no pré-operatório dos pacientes foi de 9 meses, além disso a assiduidade mensal das consultas correspondeu à 83,33%, conforme evidenciado na Tabela 1. Vale ressaltar a importância do acompanhamento mensal no pré-operatório tendo em vista resultados mais eficientes e seguros. Corroborando com esse achado, Bardal e colaboradores (2016) encontraram uma baixa adesão às consultas pré-operatórias e alertou que a baixa assiduidade às consultas nutricionais no pré-operatório refletiu-se significativamente na recidiva de peso corporal. Dessa forma, às maiores frequências em consultas nutricionais antes da realização da cirurgia pode ter melhor resultado na educação alimentar e nutricional, tendo resultados mais duradouros de perda e manutenção de peso corporal (BARDAL *et al.*, 2016).

Observou-se, que antes da cirurgia 93,33% dos pacientes apresentavam comorbidades e após a cirurgia houve a melhora de 90% dessas comorbidades, demonstrados na Tabela 1. Alguns estudos reafirmam que somente o acompanhamento nutricional adequado garante o sucesso da operação, evitando complicações nutricionais e prejuízos na perda de peso, reforçando também a necessidade de atenção constante quanto a reeducação alimentar a longo prazo. Ambos os autores confirmam que operação bariátrica é procedimento eficaz para promover perda ponderal, sua manutenção, melhorar parâmetros bioquímicos e reduzir comorbidades, utilizando-se de monitorização nutricional especializada (ANTONINI *et al.*, 2001; CRUZ, MORIMOTO, 2004).

Na Tabela 1, apresentam-se os resultados sobre sentimentos e recaídas alimentares dos pacientes após a cirurgia bariátrica, por meio de análises de frequência absoluta. Ressalta-se que dos fatores psicológicos mais prevalentes está à ansiedade 50%, e sendo 86,6% dos pacientes referem recaídas no pós-operatório. Moraes *et al.* (2014) encontrou alteração psicológicas no pós-operatório

de **GRYR** em 40% pacientes. Bardal e colaboradores (2016) verificaram que todos os indivíduos avaliados apresentaram algum tipo de alteração do comportamento alimentar, com predominância do tipo Restrição Cognitiva.

Nos resultados dessa pesquisa 33,33% dos pacientes referiram a compulsão alimentar e que (n=9) 30% dos pacientes, apresentaram esse episódio no mínimo duas vezes na semana (Tabela 2). Um estudo realizado por Machado (2008) verificou que a compulsão alimentar seria considerada fator de risco para essas complicações pós-operatórias, considerando que o paciente não ingere grandes quantidades de alimento, mas pode apresentar hábito beliscador. Este comportamento indica hábito alimentar que pode ser prejudicial à manutenção da perda de peso dependendo da qualidade dos alimentos ingeridos, portanto, considera-se o tratamento prévio do transtorno associado à obesidade um procedimento de grande importância para o sucesso da operação.

Corroborando com os resultados desse trabalho, mostrou que 86,66% dos pacientes faz o uso dos polivitamínicos minerais diariamente. Ainda para Borlado e colaboradores (2011), 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.

Verificou-se também que 43,33 % dos pacientes relataram fazerem uso de bebidas alcoólicas no pós-operatório (Tabela 2). Ainda para Moraes e colaboradores (2014) os estudos mostram na população de pacientes bariátricos há aumentos de prevalência de transtornos mentais, como abusos de bebidas alcoólicas, síndromes depressivas, alterações no comportamento alimentar. Outro estudo realizado por Zyger e colaboradores (2016) em relação ao consumo de álcool, não encontraram diferença significativa entre o momento prévio e o posterior à cirurgia.

Normalmente os pacientes são orientados a evitar bebidas alcoólicas após a cirurgia bariátrica, uma vez que o álcool contém alta taxa calórica e pode causar danos às mucosas do aparelho digestivo, reduzindo a absorção de alguns nutrientes. Além disso, após esse tipo de procedimento cirúrgico a absorção do álcool torna-se muito rápida, mesmo quando consumido em pequenas quantidades,

o que predispõe à embriaguez. As bebidas gaseificadas também são contraindicadas por causar dilatação gástrica (GALVÃO, 2016).

O presente estudo, 83,33 % dos pacientes relataram não sentir mais fome no pós-operatório (Tabela 2). Um estudo realizado por Valverd e colaboradores (2015), os fatores que contribuem para a perda de peso após a cirurgia bariátrica compreendem fatores mecânicos, como redução da capacidade gástrica, bem como fatores hormonais. Estes últimos incluem diminuição da grelina, conhecida como “hormônio da fome”, diminuição da resistência à leptina, conhecida como “hormônio da regulação da saciedade”, assim como possível aumento de incretinas, como o peptídeo YY e o glucagon-like peptídeo-1, possivelmente em função do conteúdo gástrico ser movido mais rapidamente para o intestino, estimulando as células L jejunais a liberarem essas incretinas, melhorando o controle da fome e da saciedade (SILVA *et al.*, 2013).

Constatou-se que 90% dos pacientes fazem acompanhamento nutricional no pós-operatório conforme demonstrado na Tabela 2. Menegotto (2012) verificou que alguns estudos mostram altos números de pacientes que fazem acompanhamento nutricional, sendo o mais preocupante são crescentes números de desistência, principalmente após de dois anos de cirurgia.

Segundo a recomendação para pacientes pós-operatório é necessário que comam devagar e que consumam líquidos fora dos horários das refeições devido que pode ocorrer desidratação ou síndrome do esvaziamento rápido. Nos resultados, conforme descrito na Tabela 2, demonstraram que 60% (n=18) dos pacientes, não fazem a mastigação na velocidade lenta. Alguns estudos afirmam que somente o acompanhamento nutricional adequado garante o sucesso da cirurgia, evitando complicações como vômitos, intolerância alimentar e perda de peso insuficiente, salientando a necessidade de atenção constante quanto ao fracionamento das refeições, mastigação e quantidade de alimentos ingeridos numa mesma refeição (CRUZ, MORIMOTO, 2004; PEDROSA *et al.*, 2009).

Da amostra 60% dos pacientes, não ingerem líquidos durante as refeições (Tabela 2). Segundo Sanches e colaboradores (2007), a desidratação é muito comum após o procedimento cirúrgico e é atribuída principalmente a baixa ingestão de líquidos podendo ser exacerbada por episódios de vômito e diarreia. Como os

pacientes não podem ingerir grande quantidade de líquidos deve-se estimular a ingestão de pequenas quantidades com maior frequência.

De acordo com os resultados houve um baixo consumo de fibras, onde 96,6 % dos pacientes não seguem a recomendação diária de 20 a 30 gramas por dia. Vale resaltar que no recordatório de consumo alimentar habitual, houve uma baixa ingestão de frutas, verduras e legumes, além de 56,66 % dos pacientes faz o consumo não adequado de gorduras saturadas, acima de <7% conforme demonstrados na Tabela 2. Sendo isso, fatores que justifiquem a falta de saciedade desses pacientes. Leiro (2014) verificou que os alimentos fonte de ferro são também ricos em proteína e fibras, nutrientes que demandam tempo para serem digeridos e retardam o esvaziamento gástrico, podendo causar saciedade. Com a redução do volume estomacal decorrente da técnica cirúrgica, essa sensação tende a se exacerbar.

Outro estudo realizado por Soares e colaboradores (2013), verificou que a ingestão adequada do grupo das frutas repercute no incentivo ao consumo de vegetais de baixa densidade calórica, rico em fibras, minerais e vitaminas, favorecendo a plenitude e a saciedade. A menor adesão ao consumo dos que apresentavam maior tempo de acompanhamento, se deveu possivelmente ao fato de esses pacientes, com maior tempo de acompanhamento pós-operatório, serem aqueles que perderam a adesão ao tratamento, deixando de ir às consultas e/ou se tornaram mais permissivos, negligenciando as orientações.

Além disso, segundo Cambi e colaboradores (2015) alimentos com alta saciedade como proteínas e fibras e com baixa densidade calórica (frutas e vegetais), podem não ser bem tolerados após a operação, especialmente pela falta de mastigação adequada, sem ingestão de líquidos concomitantemente. A seleção nutricional errada com alimentos macios pode gerar aumento ponderal. A diminuição de frutas causa diminuição da ingestão de fibras e conseqüentemente de vitaminas e minerais.

Dentre as limitações desse estudo, estão a pequena amostra e metodologia. Além disso, vieses confunditórios sobre uma vez que os pacientes podem omitir algumas informações nas repostas. Recomenda-se estudos maiores e ensaios clínicos randomizados para avaliar o consumo alimentar e reganho de peso. Além disso, seriam interessantes trabalhos mais específicos no pré-operatório e o uso de

diferentes estratégias de reeducação alimentar para individualizar o atendimento nutricional. Ainda assim, baseado nas evidências encontradas, concluiu-se que os pacientes apresentam alta frequência as consultas nutricionais, entretanto apresentam baixa adesão as recomendações nutricionais o que favorecem o não seguimento da dieta, principalmente em macronutrientes e micronutrientes inadequados para suprir suas necessidades nutricionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, demonstrou que a reeducação alimentar e o acompanhamento mensal com maiores frequências em consultas nutricionais no pré-operatório são eficientes para resultados mais duradouros de perda e manutenção de peso corporal. Além disso, o consumo alimentar dos pacientes no pós-operatório demonstrou um baixo consumo de fibras, o que pode estar relacionado a baixa saciedade favorecendo a compulsão alimentar. Dentre os alimentos, mais consumidos estão alimentos energéticos ricos em lipídeos e gorduras saturadas.

Assim é de extrema importância a mudança desses comportamentos inadequados associados aos hábitos alimentares em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica, vale ressaltar a necessidade do apoio de uma equipe multidisciplinar psíquicos que influenciem a conduta desses pacientes.

Contudo, vale ressaltar uma reeducação alimentar no pré-operatório, devido a baixa assiduidade às consultas mensais durante todo processo de tratamento, devendo esta equipe atentar-se para fatores no pré-operatório. E o acompanhamento no pós-operatório, devido ser comum que os pacientes não deem continuidade a esse acompanhamento, comprometendo o sucesso do tratamento, principalmente após um ano de cirurgia.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, biológico e psicológico, e grau de ganho de peso de pacientes no pós-operatório de GRYR.

VARIÁVEIS	MÉDIA ± DP
Idade	39 ± 10
Tempo pós - cirúrgico (meses)	14 ± 9
3 – 6 meses	10
7-18 meses	9
>19-24 meses	11
VARIÁVEIS	(n)
Gênero	--
Masculino	10
Feminino	20
Presença de comorbidades (pré - cirúrgico)	--
Sim	28
Não	2
Houve a melhora das comorbidades (pós-operatório)	--
Sim	27
Não	3
Peso Atual (Kg)	79 ± 22
Sente se Ansioso(A)	--
Não	15
Pouco	2
As vezes	6
Mais ou menos	1
Frequentemente	0
Sempre	6
Sente se Depressivo (A)	--
Não	24
Pouco	0
As vezes	1
Mais ou menos	0
Frequentemente	1
Sempre	4
Recaídas no pós-operatório	--
Sim	26
Não	4

DP= Desvio padrão;

(n)= Amostra.

Tabela 2. Avaliação do consumo alimentar e alterações do comportamento psicológico e alimentar.

VARIÁVEIS	MÉDIA	
Compulsão alimentar		
Sim	10	
Não	20	
Teve 2 x por semana	9	
Possui hábitos alimentares antigos		
Sim	23	
Não	7	
Uso dos suplementos polivitamínicos minerais		
Não	2	
Pouco	1	
As vezes	0	
Mais ou menos	1	
Frequentemente	0	
Sempre	26	
Fez/faz uso de bebidas alcoólicas no pós-operatório		
Não	17	
Pouco	3	
Às vezes	5	
Mais ou menos	0	
Frequentemente	0	
Sempre	5	
Sente mais fome no pós-operatório		
Não	25	
Pouco	2	
As vezes	0	
Mais ou menos	1	
Frequentemente	0	
Sempre	2	
Possui hábitos alimentares antigos		
Sim	23	
Não	7	

Segue as recomendações passadas pelo nutricionista		
Não	3	
Pouco	0	
As vezes	3	
Mais ou menos	3	
Frequentemente	2	
Sempre	19	
Qual a velocidade da sua mastigação		
Lenta	11	
Normal	11	
Rápida	8	
Ingere líquidos durante as refeições		
Sim	12	
Não	18	
Ingestão calórica		
200-1000 kcal	12	
1000-1800 kcal	15	
1800-2600 kcal	3	
% ADEQUAÇÃO DE CARBOIDRATO		
Adequado	15	
Não adequado	15	
% ADEQUAÇÃO DE LÍPIDEO		
Adequado	14	
Não adequado	16	
% ADEQUAÇÃO DE GORDURA SATURADA (<7 %)		
Adequado	13	
Não adequado	17	
% ADEQUAÇÃO DE PROTEÍNA		
Adequado	27	
Não adequado	3	
% ADEQUAÇÃO DE FIBRAS		
Adequado	1	
Não adequado	29	

REFERÊNCIAS

- ANTONINI DR, PEREIRA CRV, SIMÕES N *et al.* Avaliação nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Bol. Cirur. Obes.** 2001; 2(4): 3.
- BARDAL, A. G.; CECCATTO, V.; MEZZOMO, T. R. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, nov. 2016.
- BORDALO, L. A. et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Carlos do Pinhal, v. 57, n. 1, p. 113-120, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 19 jun. 2017.
- CAMBI MP CAMBI, M. P. C, MARCHESINI JB. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: Garrido Jr. AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szegö T. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu; 2002. p.255-272.
- CAMBI, M. P. C.; MARCHESINI, S. D.; BARETTA, G. A. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015.
- CRUZ, M. R. R. da; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.
- FAINTUCH, J. et al. Severe protein-caloric malnutrition after bariatric procedures. **Obesity Surgery**, New York, v. 14, n. 2, p. 175-181, 2004.
- GALVÃO, T. D. **Consumo de bebida alcoólica após a cirurgia bariátrica.** 2016. Disponível em: <<http://www.drthalesdelmondes.com.br/consumo-de-bebida-alcoolica-apos-a-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- HALPERN, A; MANCINI, M.C. **Manual de obesidade para o clínico.** 1. Ed. São Paulo: Roca Ltda; 2002. p.1-25.
- IBGE. **Pesquisas de orçamentos familiares:** 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

LEIRO, S. S.; MELENDEZ-ARAÚJO, M. S. Adequação de micronutrientes da dieta de mulheres após um ano de bypass gástrico. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, p. 21-25, 2014.

MACHADO, C. E; ZILBERSTEIN, B; CECCONELLO, I; MONTEIRO, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 185-191, 2008.

MAGRO, D. O. *et al.* Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. **Obesity Surgery**, New York, v. 18, n. 6, p. 648-651, June 2008.

MATOS, A. F. de G. Diagnóstico e classificação da obesidade. In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. (Org.). **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p. 224-245.

MENEGOTTO, A. L. S. *et al.* Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 117-119, 2013.

MORAES, Josiane da Motta; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino Caregnato; SCHNEIDER, Daniela da Silva. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012>. Acesso em: 24 maio. 2017.

PEDROSA, I. V. *et al.* Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 316-322, 2009.

RAMOS, A. C. **Cirurgia bariátrica: a situação atual do Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/coluna/cirurgia-bariatrica/cirurgia-bariatrica-a-situacao-atual-do-brasil>>. Acesso em: 25 set. 2016.

SANCHES, G. D; GAZONI, F.M; KONISHI, R.K; GUIMARÃES, H.P; VENDRAME, L.S; LOPES, R.D. Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 205-209, 2007.

SCABIM, V.M; NETO, J.E; TESS, B.H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n4/a07v25n4.pdf>> Acesso em: 16 out. 2016.

SILVA, R. F. da; KELLY, E. de O. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 341-350, 2013.

SILVA, S.A. da; BURGOS, M.G.P. de A.; SANTOS, E.M.C.; BATISTA, J.E.M.;

BION, F.M. Consumo alimentar de obesos em períodos pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal**, Pernambuco, v.50, n.1, p.15-18, 2005.

SOARES, F. M; NETO, E.F.S; SILVA, C.T; VASCONCELOS, T.F.S; RAPOSO, O.F.F; SOUZA, M.F.C; BARBOSA, K.B.F. Consumo alimentar conforme pirâmide proposta para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Demetra**, v. 8, n. 3, p. 453-467, 2013.

STUMP, S. E. **Cirurgia geral**: nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999. p. 525-562.

VALVERDE, I; PUENTE, J; DUCE, A.M; MOLINA, L; LOZANO, O; SANCHO, V; MALAISSE, W.J; PEÑACARRILLO, M.L. Changes in glucagon-like peptide 1 (GLP-1) secretion after biliopancreatic diversion or vertical banded gastroplasty in obese subjects. **Obesity Surgery**, New York, v. 15, n. 3, p. 87-97, 2005.

WAITZBERG, D. L. et al. Obesidade mórbida: tratamento cirúrgico. In: WAITZBERG, D. L. (Org). **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1041-1047.

OMS. Health Report 2000: obesity- preventing and managing the global epidemy. Geneva: World Health Organization, 2000.

ZYGER, L. T.; ZANARDO, V. P. S.; TOMICKI, C. Perfil nutricional e estilo de vida de pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 23-27, 2016.

APÊNDICE A

Questionário: Cirurgia Bariátrica no Pós-operatório tardio e a adesão ao Tratamento Nutricional

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de Nascimento: __/__/____.

Há quanto tempo foi realizado a cirurgia? _____

Foi realizado uma Reeducação Alimentar no pré-operatório? Sim () Não ()

Peso pré-operatório: _____ Peso Atual: _____

1- Você faz o acompanhamento nutricional?

() Sim, quanto tempo? _____

() Não

2- Qual foi a recomendação de números de consultas com o nutricionista que você recebeu após a cirurgia bariátrica?

Você seguiu/ segue essa recomendação?

() Pouco

() As vezes

() Muito

() Frequentemente

3- Você se sente ansioso (a)?

() Pouco

() As vezes

() Muito

() Frequentemente

4- Você se sente depressivo (a)?

() Pouco

() As vezes

() Muito

() Frequentemente

5- Você tem recaídas no pós operatório tardio? Se a resposta for sim, quais alimentos que influenciam na sua recaída:

() Doces

() Frituras

() Fast foods

() Refrigerantes

() Massas como: pães branco, bolos simples, macarrão, arroz branco.

() Outros _____

6- Você acredita ter compulsão alimentar?
() Sim. ,
Você apresenta no mínimo esse episódio duas vezes por semana? Sim () Não ()
() Não

7- No pós-operatório tardio você faz ou fez o uso de bebidas alcoólicas?
() Pouco
() As vezes
() Muito
() Frequentemente

8- Você sente mais fome no pós-operatório tardio?
() Pouco
() As vezes
() Muito
() Frequentemente

9- Você ainda possui hábitos alimentares antigos?
() Sim, por quais alimentos? _____
() Não

10-Você faz o uso dos suplementos polivitamínicos/minerais diariamente?
() Pouco
() As vezes
() Muito
() Frequentemente

11-Você apresentava alguma comorbidade antes da cirurgia?
() Sim.
Quais?
() HAS
() DM
() Apnéia do sono
() Varizes nas pernas
() Esofagite de refluxo
() Dispnéia aos esforços
() Artropatias
() Doenças Cardiovasculares
() Dislipidemia
() Outros

() Não

12- Houve a melhora dessa(s) comorbidade(s) no pós-operatório tardio?
() Pouco
() As vezes

- Muito
- Frequentemente

13-Houve o surgimento de alguma patologia após a cirurgia que você não apresentava antes?

- Sim,
Qual (is) _____
- Não

14-Segue as recomendações nutricionais passados pelo nutricionista?

- Pouco
- as vezes
- Muito
- Frequentemente

15- Qual a velocidade da sua mastigação?

- Lenta
- Normal
- Rápida

16-Você ingere líquidos durante as refeições?

- Sim
- Não

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

CIRURGIA BARIÁTRICA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO E A ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL

Instituição dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisador(a) responsável:

Pesquisador(a) assistente: Ana Cristina Soares Medeiros

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo é avaliar a adesão da dieta em pacientes bariátricos tardio.

- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um paciente pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder a um questionário e um recordatório de consumo alimentar habitual.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada na Clínica Gastrocare.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos, visando que os pacientes irão responder o questionário e o recordatório de consumo alimentar habitual.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você trará benefícios aos profissionais de saúde.
- Visando as dificuldades em aderirem a dieta, além de contribuir para maior conhecimento sobre o tema para a comunidade científica.

Participação recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a

outras pessoas.

- Os dados e instrumentos utilizados serão questionário e recordatório de consumo alimentar habitual, ficarão guardados sob a responsabilidade de Ana Cristina Soares Medeiros, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Ao assinalar a opção “aceito participar”, a seguir, você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os riscos e benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada. Uma cópia deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(a) senhor(a).

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Nome do pesquisador(a) responsável, celular xxxxxxxx/telefone institucional xxxxxxxx

Ana Cristina Soares Medeiros, 61981887486, Cristina-acsm@hotmail.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: UNICEUB

Endereço: SCRLN Bloco: /Nº: /Complemento: Bloco D, 711

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte, 70750554, Brasília.

Telefones p/contato: 61

APÊNDICE D

Termo de Aceite Institucional

À Dra. Gislenia Barbosa de Oliveira
Nutricionista da Clínica Gastrocare

Eu, Erika Blamires Santos Porto, responsável pela pesquisa "Cirurgia bariátrica no pós-operatório tardio e a Adesão ao Tratamento Nutricional", junto com a aluna Ana Cristina Soares Medeiros, solicitamos autorização para desenvolver lá nesta instituição, no período de mês de abril de 2017. O estudo tem como objetivo avaliar a adesão da dieta em pacientes bariátricos tardio. Será realizado por meio de um questionário e um recordatório de consumo alimentar habitual, e terá de 20 a 30 pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica.

Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética em pesquisa do UNICEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Porto

Pesquisador responsável: Erika Blamires Santos Porto

Ana Cristina S. Medeiros

Pesquisador assistente: Ana Cristina Soares Medeiros

A nutricionista da Instituição Clínica Gastrocare, Dra. Gislenia Barbosa de Oliveira, vem por meio de esta informar que esta ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília-DF, 01 de Novembro de 2016.

Gislenia B. de Oliveira
Dra. Gislenia Barbosa de Oliveira

Gislenia B. de Oliveira
Nutricionista
CRN 2608

Gislenia B. de Oliveira
Nutricionista
CRN 2608

