



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

Cirurgia Bariátrica: causas do ganho de peso no pós-operatório

Maria Eduarda Matos Delfino de Sousa
Orientadora: Fabíola de Souza Amaral Baumotte

Brasília, 2014

RESUMO

A cirurgia bariátrica é considerada o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. As cirurgias antiobesidade podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica e/ou reduzem a absorção de nutrientes, com isso vem ganhando destaque entre a população obesa. Essa cirurgia tem sido efetuada por permitir perda de peso sustentável, além de beneficiar ou mesmo curar muitas das doenças associadas à obesidade. Porém, ocorre em alguns pacientes o reganho de peso. Desta forma este trabalho teve como objetivo identificar as causas do reganho de peso no pós-operatório de pacientes bariátricos, por meio de uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos científicos. Os resultados mostram que aspectos psicológicos e emocionais, adesão à dieta, tempo de cirurgia e o suporte profissional influenciam no reganho de peso.

PALAVRAS-CHAVES: obesidade, cirurgia bariátrica, pré-tratamento, pós-tratamento e ganho de peso

ABSTRACT

Bariatric surgery is the most effective treatment for morbid obesity and long-term weight management. Anti-obesity surgeries may limit the stomach capacity and/or reduce the absorption of nutrients, is becoming increasingly popular among obese population. This surgery has been performed to allow sustainable weight loss, plus benefit or even cure many of the diseases associated with obesity. However patients may regain some of the weight they lost. Therefore, this study goal is to identify the causes of weight regain in post-operative bariatric patients through literature research based on scientific articles. The results show that psychological and emotional aspects, adherence to diet, time of surgery and professional support influence weight regain.

KEYWORDS: obesity, bariatric surgery, pre-treatment, post-treatment and weight gain.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em meados da década de 1990 a obesidade tornou-se responsabilidade mundial. Sua incidência vem aumentando de maneira assustadora em praticamente todos os países. São apontados como causas a redução da atividade física e o maior consumo de alimentos pobres em nutrientes e em fibras e de alta densidade energética. Os riscos mais importantes da obesidade são o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares, tendo como resultado maior risco de morte prematura ou redução da qualidade de vida do indivíduo. (VEDANA et al., 2008)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que pelo menos 1 bilhão de pessoas apresente excesso de peso, sendo que, 300 milhões são obesos. Projeções baseadas em inquéritos nacionais feitos nas últimas décadas estimam que a obesidade atinja, em 2025, 40% da população nos EUA, 30% na Inglaterra e 20% no Brasil. (CONDE; BORGES, 2011)

Para o tratamento da obesidade, usualmente são adotadas dietas restritivas, prática de atividade física, uso de medicamentos, implantação de balão intragástrico e cirurgias bariátricas. Uma revisão da literatura aponta que grande parte dos trabalhos desenvolvidos com obesos grau III (Índice de Massa Corpórea – IMC > 40 kg/m²) tem como base a cirurgia bariátrica, que reduz consideravelmente o peso dos pacientes em pouco tempo e reduz comorbidades, tais como: apnéia do sono, tipos de câncer, diabetes, dislipidemia, hipertensão, entre outras. (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009)

Há vários tipos de cirurgia bariátrica, sendo que as técnicas cirúrgicas podem ser realizadas por laparotomia ou laparoscopia e são classificadas pelo mecanismo de funcionamento: 1) cirurgias restritivas (bandagem gástrica ajustável e gastroplastia vertical com bandagem); 2) mistas predominantemente restritivas (derivação gástrica em Y-de-Roux (DGYR) e derivação gástrica em Y-de-Roux com interposição intestinal e anel de silicone); 3) mistas predominantemente malabsortivas (derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal (Scopinaro), com ou sem preservação gástrica distal, e derivação biliopancreática com

gastrectomia vertical e preservação pilórica (Duodenal Switch)). (CAPELLA; CAPELLA, 1996; BUCHWALD, 2005)

Segundo Bettega (2010), a cirurgia bariátrica, por consequência, é hoje em dia o tratamento mais eficaz para obesidade grau III e para controle desta epidemia global, visando complementar uma necessidade terapêutica.

O paciente que se submete a esse procedimento cirúrgico é avaliado por uma equipe multiprofissional composta por: endocrinologista, nutricionista, enfermeiro, anestesista, intensivista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social (SOARES, 2010). Conforme o protocolo do Ministério da Saúde (2013) é necessário atender a alguns critérios, como: apresentar histórico de doença por mais de dois anos, resistência aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos e também exercício físico), assim como IMC > 40 Kg/m² ou maior que 35 Kg/m², caso esteja aliado a comorbidades sérias e descontroladas relacionadas à obesidade, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial coronariana, apneia do sono, osteoartrite ou câncer.

Contudo, o sucesso para uma perda de peso significativa e duradoura não está exclusivamente associado ao procedimento cirúrgico. Alguns fatores como os psicossociais, padrões alimentares, além da prática de atividade física contribuem no pré e pós-operatório do indivíduo com obesidade mórbida. A cirurgia é considerada um facilitador para iniciar a mudança do estilo de vida e não a cura da obesidade. O indivíduo deve iniciar modificações substanciais para preservar e impedir o reganho de peso, a partir da condição de melhora no estado físico. (ROSA; CAMPOS, 2009).

Sempre que o indivíduo é submetido a esse processo, ele terá que adquirir um novo estilo de vida, a fim de manter a perda de peso e permanecer saudável. Desta forma, observa-se dificuldade por parte dos indivíduos, conforme Soares (2010) relata, que após 24 meses de cirurgia (quando hipoteticamente deveria ocorrer o equilíbrio da perda de peso), cerca de 50% dos pacientes voltam a ganhar peso (um ganho de cerca de 10% do menor peso atingido). Como resultado, a qualidade de vida fica prejudicada, já que há manutenção de comportamentos que contribuem para a duração da obesidade, equivalente às condições anteriores à cirurgia.

Dessa forma essa pesquisa tem como objetivo, entender os motivos que levam os indivíduos que realizam a cirurgia bariátrica, voltarem a engordar, a fim de

contribuir para a atualização dos profissionais envolvidos no tratamento da obesidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as causas do ganho de peso no pós-operatório de pacientes bariátricos.

2.2 Objetivos específicos

Verificar se o suporte profissional no período pré e pós-cirúrgico influencia no ganho de peso.

Estudar se a adesão inadequada à dieta tem influência no ganho de peso.

Verificar se o tempo de pós-operatório tem influência no ganho de peso.

Observar se as questões emocionais e psicológicas de pacientes bariátricos tem relação com o ganho de peso.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica sobre as causas do ganho de peso no pós-operatório de pacientes bariátricos, com uma revisão da literatura de 1996 a 2013. Foram consultadas 21 referências, no período de março a abril de 2014 nos idiomas inglês e português. As informações foram obtidas a partir de sites de literatura científica: Scielo e Google Acadêmico. Tendo como palavras chaves: obesidade, cirurgia bariátrica, pré-tratamento e pós-tratamento e ganho de peso, e os respectivos termos em língua inglesa.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Influência do suporte profissional no período pré e pós-operatório no ganho de peso

Em um estudo com 141 mulheres, operadas há mais de dois anos em uma clínica bariátrica no Hospital dos Fornecedoros de Cana de Piracicaba – SP, verificou-se que 84% tiveram sucesso esperado. Nesse estudo, foram obedecidos os seguintes critérios: idade superior a 21 anos, submissão à cirurgia bariátrica pela técnica de derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) por laparotomia ou laparoscopia, ambas com anel de contenção, há pelo menos dois anos, e frequentar o serviço em intervalo mínimo de um ano, com o objetivo de avaliar a evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica. Com isso, os autores atribuíram o sucesso do tratamento ao monitoramento dos resultados da cirurgia, especialmente em longo prazo e por uma equipe multiprofissional. (NOVAIS et al, 2010)

Em um estudo prospectivo longitudinal foi realizado um acompanhamento com 782 pacientes com obesidade mórbida e superobesos de ambos os sexos, atendidos no Centro de Cirurgia de Obesidade de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. O período de acompanhamento foi de junho de 2000 a julho de 2005 (5 anos). Participaram somente pacientes com pelo menos 2 anos de cirurgia. Os pacientes foram analisados nos seguintes períodos após a cirurgia: 18 meses, 24 meses, 36 meses, 48 meses e 60 meses. Os autores concluíram que apesar do acompanhamento por uma equipe multidisciplinar ser recomendado durante o tratamento cirúrgico da obesidade, este estudo constatou que, entre os pacientes nos quais a cirurgia falhou, 60% nunca foram submetidos a acompanhamento psicológico. (OLIEVEIRA et al, 2008).

Machado et al (2008) realizaram um estudo prospectivo em 50 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Destes, 43 eram mulheres e sete homens com idade média de 42 anos. Este estudo teve como objetivo analisar os indícios de compulsão alimentar após cirurgia bariátrica. Foi observado que a compulsão alimentar seria

considerada fator de risco para essas complicações pós-operatórias argumentando que o paciente não ingere grandes quantidades de alimento, mas pode apresentar hábito beliscador. Os resultados dessa pesquisa mostra que 66,7% mantiveram-se em risco e 8,5% passaram a apresentar risco de compulsão após a operação. Esta atitude indica que esse hábito alimentar pode ser prejudicial à manutenção da perda de peso dependendo da qualidade dos alimentos ingeridos, desse modo, considera-se o tratamento anterior do transtorno associado à obesidade uma conduta importante para o sucesso da operação.

Um outro estudo, observacional e transversal, foi realizado com indivíduos adultos provenientes de um centro médico particular de Curitiba, no período de abril a setembro de 2009, com 28 adultos, sendo a maioria mulheres (67,8%) e média de idade de 37 anos (\pm 9 anos). O acompanhamento nutricional pós-operatório foi descrito por 15 (53,5%) indivíduos. Destes, 10 (66%) tiveram reganho de peso. Dos 13 (46,4%) pacientes que não tiveram acompanhamento nutricional, 10 (76%) apresentaram reganho de peso. (MARTINS; PAGANOTTO, 2011)

Com isso, Menegotto et al (2012) reforçam que, para resultados satisfatórios no pós-operatório, o acompanhamento nutricional deve ser regular e em longo prazo, garantindo a alimentação adequada tanto em quantidade como em qualidade, evitando complicações como vômitos, intolerância alimentar e perda de peso insuficiente.

4.2 Influência da adesão Inadequada à dieta no reganho de peso

Os pacientes que realizam um preparo pré-operatório adequado, entendendo todo o processo pelo qual irão passar e possuem o apoio familiar, apresentam uma evolução pós-operatório mais benéfica que aqueles que não têm esse suporte e não seguem aquilo que lhes foi proposto e acabam pulando etapas, surgindo maior incidência de complicações principalmente em relação a adaptação à dieta. Os pacientes que apresentam a síndrome de dumping (a passagem rápida dos alimentos para o intestino delgado, estimulando a produção de insulina) e abusam de alimentos altamente calóricos ou de bebidas alcoólicas estão predispostos à falha da perda de peso e à desnutrição. Dessa forma, os pacientes devem ser orientados

sobre a importância da adesão à dieta orientada por um nutricionista. (QUILICI, 2006)

Boog (2004) afirma que a alimentação de má qualidade é um fator de risco para várias doenças e é por meio da educação nutricional, realizada pelo profissional nutricionista, que se consegue reverter o crescente consumo excessivo de gorduras, açúcar e produtos industrializados que não trazem benefícios a saúde dos indivíduos. A autora relata ainda que é preciso a conscientização por parte dos indivíduos em reeducar-se para tornar a alimentação mais saudável, a fim de se ganhar mais qualidade de vida.

Um estudo realizado por Santos (2007) teve como objetivo avaliar as alterações ocorridas em pacientes obesos em relação à ingestão alimentar, composição corporal e comorbidades no pré-operatório e seis meses após se submeterem à cirurgia bariátrica, realizada no HC/UFMG (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) entre maio de 2005 e maio de 2006, com pacientes maiores de 18 anos do sexo feminino (n=11) e do sexo masculino (n=4). Os resultados indicaram que no sexto mês de pós-operatório a dieta passa a fornecer uma média de $98,5 \pm 48,2$ g/dia de carboidrato, sendo que alguns pacientes apresentam ingestão acima da EAR, a qual recomenda 100g/dia. Foi observado um consumo maior de chá com açúcar e alguns pacientes relataram que usam açúcar nas preparações. Óleos e gorduras permaneceram na média de quatro vezes na semana, ou seja, não houve uma redução em relação ao período pós-operatório inicial. Os resultados em relação as comorbidades mostra que 20% dos pacientes apresentam artrite, 6,7% apresentam apnéia obstrutiva do sono, 26,7% apresentaram constipação intestinal, 6,7% relatou ocorrência de pirose, 9,1% irregularidade menstrual, 53,3% relatam apresentar alopecia, 80% ainda apresentam hipertensão arterial. Os resultados em relação a composição corporal indica que a média de excesso de peso foi de 80,7kg correspondendo a 118% de excesso em relação à média de peso ideal máximo para esse grupo de pacientes avaliados no pós-operatório. No sexto mês de pós-operatório, foi registrada redução ponderal significativa para 105,4kg.

Outro estudo foi realizado em um Centro de Qualidade de Vida situado no interior de São Paulo, em dois períodos do ano de 2004, com 36 voluntários,

divididos em dois grupos: grupo 1 (indivíduos pós-cirurgia bariátrica) e grupo 2 (indivíduos doentes crônicos). Foi analisada a adesão ao aconselhamento nutricional, avaliada pela frequência às atividades e registro do consumo alimentar de três dias, além da qualidade da dieta e do peso corporal. Os autores concluíram que indivíduos pós cirurgia bariátrica tiveram menor aceitação a todas as atividades nutricionais propostas, quando relacionado com os demais indivíduos doentes crônicos. Isso pode estar relacionado à possibilidade criada pelos próprios indivíduos que fazem a cirurgia, de que esse procedimento tem caráter definitivo e não demandará cuidado com a dieta. (NOVAIS et al, 2008).

Em um trabalho feito por Chaim Jr e Turato (2009, pp.76) que teve como objetivo o resultado de reflexões clínico-psicológicas do processo de aculturação com sujeitos que foram submetidos a cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), a ameaça aparece quando a realidade de que o peso volte a aumentar surge. Uma das causas é a compulsão, “instala-se o terror e o fascínio pelas bolachas, biscoito, leite condensado, sorvete e o chocolate. Uma verdadeira batalha interna se impõe. Um descuido e o peso começa a subir de novo”. Uma paciente relata que não sente fome, mas sente a necessidade de ficar “beliscando o dia inteiro”. Isso mostra a angústia e o comportamento compulsivo presente, que reflete na adesão inadequada à dieta e, conseqüentemente, no reganho de peso pós-operatório.

4.3 Tempo de período pós-operatório no reganho de peso

Segundo o estudo realizado por Martins e Paganotto (2011), descrito anteriormente, o ganho de peso ocorreu após 24 meses pós-operatório, entretanto foi mais intenso aos 48 meses pós-procedimento. O IMC desses pacientes no pré-operatório é de 42,6 kg/m². Após a cirurgia foi de 27,9kg/m² após 12 a 18 meses, 29,4kg/m² após 49-72 meses. O aumento de peso nestes pacientes pode ser atribuído ao aumento da ingestão energética total, principalmente proveniente de fontes lipídicas. Houve aumento gradativo após 12-18 meses a dieta de 1469 kcal

28% era de fonte lipídica e após 25-36 meses a dieta de 1872 kcal 32% era de fonte lipídica.

Macdonald et al (2001), desenvolveram uma experiência inicial que envolveu 275 pacientes entre julho de 1997 e março de 2000. Pacientes submetidos ao desvio gástrico em Y de Roux (DGYR) apontam uma perda de 70 a 75% do excesso de peso em um período de dois anos após a cirurgia, que pode ser equilibrado em longo prazo. Entretanto a propensão de ganho de peso dentro de cinco anos pós-operatório permaneceu estável, entre 50% e 55% da perda do peso inicial.

Segundo o estudo realizado por Oliveira et al (2008), descrito anteriormente, a recuperação do peso foi observada 24 meses após o by-pass gástrico em aproximadamente 50% dos pacientes, o insucesso cirúrgico foi maior entre superobesos.

Vários estudos mostraram excelentes resultados de DGYR em perda de peso, mas a recuperação de peso em pacientes com dois anos após o procedimento é notória, certamente pela anatomia e adaptações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo após a cirurgia, pois o estômago está concebido para esticar. A gástrica dilatação da bolsa é uma ocorrência frequente após alguns anos, o restante do intestino tem a capacidade de aumentar a absorção com o tempo. Outro fator importante que parece estar relacionado com a recuperação do peso é a existência de hábitos alimentares inadequados, o consumo de lipídeos altamente calóricos e a presença de padrões alimentares anormais, como compulsão alimentar, bem como o aumento progressivo da ingestão total de calorias da dieta, parecem estar relacionados. (FARIAS et al, 2008)

4.4 Influência dos aspectos emocionais e psicológicos dos pacientes bariátricos no reganho de peso

Segundo um estudo feito por Machado et al (2008), citado anteriormente, através dos métodos proporcionados pela avaliação psicológica, verificou-se que estes apresentaram indícios de compulsão alimentar antes e após a cirurgia. Esta complicação está ligada a aspectos psicológicos como dificuldades em organizar emoções, ansiedade, depressão e estrutura emocional prejudicada. Os autores

concluíram que esse comportamento alimentar inadequado persiste ou é agravado após a cirurgia.

Em um estudo realizado com o objetivo de avaliar as condições pós-operatórias imediatas e tardias de pacientes bariátricos, participaram 46 pacientes de ambos os sexos operados em épocas diferentes na clínica privada em Curitiba-PR. Dos entrevistados, 89% sentiam-se preparados para a cirurgia bariátrica no dia da entrevista psicológica, porém 26% admitiram terem passado pelo “dia do arrependimento” pelo desconforto ou limitação provocada pelo procedimento e 67,4% admitiram que deveriam ter se preparado psicologicamente melhor, com mais do que uma avaliação psicológica. (MARCHESINI, 2010)

Outro estudo foi feito com cinco pacientes participantes de um grupo de apoio aos pacientes da cirurgia bariátrica em um centro de referência para a realização de tal cirurgia no estado do Espírito Santo, e teve como objetivo investigar as possíveis mudanças psicológicas ocorridas após a realização da cirurgia bariátrica, destacando a história de ganho de peso desses pacientes e a realização de acompanhamento psicológico antes durante e após a cirurgia. Os autores ressaltam que, no decorrer do processo da cirurgia bariátrica, ocorrem muitas mudanças físicas que podem vir seguidas de mudanças psicológicas. Quando os pacientes foram perguntados a respeito do acompanhamento psicológico, todos os participantes disseram não ter realizado no período de ganho de peso. Um dos participantes relatou ter sentido falta de acompanhamento psicológico e três afirmaram não ter sentido falta. (EHRENBRINK; PINTO; PRANDO, 2009)

Um outro estudo contendo 6 pacientes do sexo feminino, que estavam em acompanhamento num hospital público, teve como objetivo o relato dos fenômenos psicológicos envolvidos no procedimento da cirurgia bariátrica e suas implicações. A entrevistada número 3, solteira, com 39 anos, relatou que supervalorizou a cirurgia, esperando que, a partir desse procedimento, conseguisse obter “mudanças” em características que na verdade, são específicas a sua personalidade e não a sua aparência. Acrescenta ainda que sua grande angústia é o motivo de “sua depressão”, pois está voltando a engordar. (LEAL; BALDIN, 2007)

Cordás et al (2004) verificaram em um caso clínico que a frequência dos quadros de depressão e transtorno alimentar sem outra especificação, têm relação

com um quadro com alterações no comportamento alimentar e preocupação excessiva com a perda de peso associada à distorção de imagem corporal.

Quilici (2006) ressalta que no sexto mês de cirurgia é importante realizar uma terapia voltada para a aceitação da nova imagem corporal, diferente daquela que acompanhou o obeso durante a vida, pois nesse momento o paciente deixa de olhar para si mesmo com medo das frustrações de dietas que levaram a tantas oscilações de peso, não tendo mais noção do seu corpo. Pacientes que usavam a gordura para se proteger ou esconder conflitos podem ter dificuldades emocionais, chegando a “burlar” a dieta, ingerindo alimentos altamente calóricos com a finalidade de dificultar sua perda de peso. Por isso, esses pacientes precisam de ajuda para vencer esses obstáculos como angústia e ansiedade gerada pela nova fase, aprendendo a conviver com o novo corpo e com situações diferentes daquelas vividas anteriormente, agora sem dificuldades impostas pela obesidade. (QUILICI, 2006)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da presente revisão de literatura, pode-se identificar e enumerar várias causas do reganho de peso no pós-operatório dos pacientes bariátricos, a saber, a falta de acompanhamento nutricional e psicológico (suporte profissional), ausência de apoio familiar, o descumprimento da sequência das etapas propostas para o pós-operatório, a não adesão à dieta orientada pelo nutricionista com aumento progressivo da ingestão total de calorias, hábitos alimentares inadequados, entre outros.

Com isso, ressalta-se que o suporte profissional nos períodos pré e pós-operatório é essencial para a manutenção dos benefícios do procedimento. Os pacientes que realizam um preparo pré-operatório adequado, entendendo todo o processo pelo qual irão passar, possuem mais chances de apresentarem uma boa evolução no pós-operatório.

No decorrer do processo da cirurgia bariátrica ocorrem várias mudanças físicas que podem vir seguidas de mudanças psicológicas. Assim, esses pacientes precisam da ajuda para vencer angústias e ansiedade geradas pela nova fase, aprendendo a conviver com o novo corpo e com situações diferentes, sem as dificuldades impostas pela obesidade. Dessa forma, para o sucesso da cirurgia e prevenção dos transtornos associados à obesidade no pós-operatório, se faz importante a presença do psicólogo na equipe multidisciplinar, pois é visto que, se as questões psicológicas não forem levadas em consideração, influenciarão no reganho de peso.

Observou-se também que o ganho de peso em pacientes ocorreu com maior frequência aproximadamente dois anos após o procedimento. Esse aumento de peso pode ser atribuído a maior ingestão energética total, principalmente proveniente de fontes lipídicas. A recuperação de peso também pode ocorrer por conta da dilatação gástrica e a maior absorção de nutrientes com o passar do tempo, pois o estômago está concebido para esticar e o restante do intestino tem a capacidade de aumentar a absorção com o tempo. Com isso, ressalta-se que o acompanhamento nutricional deve ser regular e em longo prazo, garantindo a alimentação adequada, tanto em quantidade como em qualidade.

Conclui-se que a cirurgia bariátrica é um método eficaz para tratamento da obesidade, porém ocorrem riscos como o reganho de peso, e as causas desse reganho precisam ser melhor elucidadas. Diante disso é necessário que novos estudos experimentais, de longo prazo, sejam realizados junto a essa população para que se possam obter conclusões mais concretas que sirvam de base para melhorar ainda mais a eficácia desse método.

REFERÊNCIAS

BETTEGA M. et al. Descrição do perfil dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Eletrônica da Faculdade do Paraná**, Curitiba, v.2, n.4, out./dez, p. 30-35, 2012.

BOOG M. C. F. **Educação nutricional**: por que e para quê?, Universidade Estadual de Campinas – 2 a 8 de agosto de 2004.

BUCHWALD H. et al. **Bariatric surgery**: a systematic review and meta-analysis. **Jama**. Apr 13;293(14): 1728, 2005.

CAPELLA J. F., CAPELLA R. F. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass. **Am J Surg**. Jan; 171(1): 74-9, 1996.

CONDE L. W., BORGES C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Rev Bras Epidemiol**; São Paulo, 14(1) Supl.: 71-9, 2011.

CORDÁS T. A. et al. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Agosto, vol 48, nº 4, 4:564-571, 2004.

EHRENBRINK P. P., PINTO E. E. P., PRANDO F. L. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**; 7(1); 88-105, 2009.

FARIAS S. L. et al. Nutritional management of weight regain after bariatric surgery. **Obes Surg**, 20:135-139, 2010.

LEAL C. W., BALDIN N. O Impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Psiquiatr RS**. 29(3):324-327, 2007.

MACDONALD K. G. et al. Bariatric surgery. **General surgery News**.1(3):213-220, April, 2001.

MACHADO C. E. et al. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, São Paulo, v. 21(4):185-91, 2008.

MAGDALENO JR R., CHAIM E. A., TURATO E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev. Psiquiatr RS**, 31(1):73-78, 2009.

MARCHESINI S. D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**; 23(2):108-113, 2010.

MARTINS J. S. S., PAGANOTTO M. Hábitos de vida no pós-operatório de gastroplastia: correlação com peso. **Cadernos da Escola de saúde**, Curitiba, v.1, 4: 30-45, 2011.

MENEGOTTO A. L. S. et al. Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**; Curitiba, Paraná, 26(2): 117-119, 2013.

NOVAIS P. F. S. Adesão ao aconselhamento nutricional e índice da alimentação saudável em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica comparados a doentes crônicos. **Ver. Simbio-Logias**, Nov, V.1, n.2, 2008.

NOVAIS P. F. S. et al. Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica – derivação gástrica em y de roux, **Arq Bras Endocrinol Metab**; 54/3:303-10, 2010.

OLIVEIRA D. M. et al. Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. **Obes Surg**, 18:648-651, 2008.

OLIVEIRA J. H. A., YOSHIDA E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau iii antes e depois de cirurgia bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Campinas, 22(1): 12-19, 2009.

QUILICI M. T. V. E após a cirurgia bariátrica? **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.8, n.3: 30-32, 2006.

ROSA T. V., CAMPOS D. T. F. Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, mar, v. IX, n.1, p: 105-133, 2009.

SANTOS L. A. **Avaliação nutricional de pacientes obesos antes e seis meses após a cirurgia bariátrica**. 2007. 156 f. Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2007.

SOARES A. **Perfil dos indivíduos com obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica pelo sistema único de saúde no hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina quanto à prática de atividade física**. 2010. 109 f. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC Centro de Desportos-CDS Programa de Pós Graduação em Educação Física Subárea de Atividade Física Relacionada à Saúde, Santa Catarina, 2010.

VEDANA E. H. B. et al. Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Santa Catarina, v.52, n.7:1156-1162 2008.