

**CENTRO PAULA SOUZA
ETEC CORONEL FERNANDO FEBELIANO DA COSTA
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

**GUIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES
BARIÁTRICOS**

Maria Eduarda Dias
Mariangela Davanzo
Melissa Palma
Victoria Eduarda
Yasmin Moreira

Prof.^a. Orientadora: Neila Camargo de moura

Coorientadora: Marcia regina Dal Medico do Patrocínio

RESUMO

O presente trabalho explorou a importância da alimentação como prática social e seu impacto na saúde, destacando o aumento da obesidade, especialmente entre famílias de baixa renda, e a busca por tratamentos eficazes, como a cirurgia bariátrica. A cirurgia é considerada uma das opções mais eficazes para a obesidade, com exigências específicas de IMC para a sua realização. Desse modo, o acompanhamento nutricional é crucial no pós-operatório, visando prevenir deficiências nutricionais que podem afetar a recuperação. O estudo também incluiu um livro voltado para pacientes bariátricos, que oferece receitas adaptadas e cálculos nutricionais, além de orientações sobre ganho de peso, deficiências nutricionais e restrições alimentares. A pesquisa foi realizada por meio de revisão da literatura e entrevistas com pacientes e nutricionista, evidenciando assim a necessidade de um suporte contínuo e a adoção de novos hábitos alimentares para garantir a eficácia do tratamento e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica; Deficiências Nutricionais; Restrições Alimentares; Pós-operatório; Guia de Orientações.

1. INTRODUÇÃO

Conforme Ambrosi e Guidotti (2022) o ato de se alimentar tem grande importância na formação da sociedade, então, vai além das consequências biológicas e ecológicas, tornando-se uma prática social. Sendo assim, a diversidade alimentar presente em nossa sociedade atinge diretamente o bem-estar populacional, bem como as atividades praticadas no dia a dia e a relação das pessoas com sua própria alimentação. Nesse cenário, o presente trabalho serve como um direcionamento para eles, tornando o processo de nutrição algo diferenciado, atrativo e prático.

A obesidade teve um grande crescimento nos últimos 50 anos, e vem sendo, consequentemente um fator de risco para seus portadores. Segundo Andrade, Cesse e Figueiró (2023) observa-se que a incidência de casos se apresenta, em sua maioria, nas famílias de baixa renda, evidenciando o escasso acesso a uma alimentação saudável e nutritiva. Isso nos leva a crer que a desigualdade é um agravante quando se fala em obesidade, e assim, a procura por métodos seguros, eficazes e com baixo custo (através do SUS) tem aumentado. Por conseguinte, o presente trabalho buscou por uma alternativa acessível e prática que auxiliasse o preparo do paciente a cirurgia bariátrica e promovesse informações necessárias para seu processo de recuperação pós cirurgia.

De acordo com Sanches et al. (2007), entre os tratamentos existentes para a obesidade, a cirurgia bariátrica é um dos mais eficazes. Em seu espectro há quatro técnicas cirúrgicas que podem ser empregadas, sendo elas: o *by-pass* gástrico com Y de Roux, bandagem gástrica vertical, bandagem gástrica ajustável por via laparoscópica e switch duodenal. Tem como objetivo melhorar o estilo de vida e a saúde de pacientes obesos que já passaram por outros tipos de tratamentos. É necessário que o IMC seja maior que 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m². Estando aptos para a realizarem, os pacientes irão passar pelos procedimentos do pré-operatório, que consistem na preparação para a cirurgia, e no pós-operatório, voltado ao processo de recuperação e readaptação do paciente.

Para Bordalo et al. (2011), as deficiências nutricionais, em sua maioria, já estão presentes nos pacientes com obesidade antes mesmo da cirurgia. Por isso, é necessário o acompanhamento de forma criteriosa durante o pré e o pós-operatório, levando em conta as possíveis alterações e deficiências nutricionais que o paciente possa desenvolver. Sendo assim, a falta de micronutrientes no organismo pode afetar o desempenho

cirúrgico, necessitando muitas vezes de suplementação, a qual será prescrita e dosada de forma individual.

Atualmente a procura pela cirurgia bariátrica tem aumentado à medida que o número de pessoas obesas também aumenta. A obesidade é o acúmulo de gordura no corpo causado quase sempre pelo consumo de energia na alimentação, superior àquela usada pelo organismo para sua manutenção e realização das atividades do dia a dia. Deve-se levar em consideração os fatores de risco para a obesidade como o estilo de vida, o padrão alimentar, a falta da prática de atividades físicas e a rotina de sono. Como consequência do estilo de vida, a obesidade tem se tornado um problema para muitas pessoas, que procuram na cirurgia bariátrica uma solução, após terem tentado outros métodos de emagrecimento. O presente Trabalho de Conclusão de Curso colaborou com orientações nutricionais para o paciente, levando em consideração a evolução dos tipos de dietas.

O principal objetivo desse estudo foi o de proporcionar conhecimento por meio de material informativo sobre o pós-operatório da cirurgia bariátrica, além de apresentar sugestões de receitas adequadas a esse público. Outro objetivo foi coletar relatos de experiência do pós-operatório de pacientes que passaram pela cirurgia bariátrica.

A pesquisa foi realizada por meio de leitura e seleção de artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e teses disponíveis no *Google acadêmico* e *SciELO*, além de entrevistas realizadas com pacientes e um profissional da área da nutrição. As palavras chaves para a pesquisa bibliográfica foram: Cirurgia Bariátrica; Reganho de Peso; Obesidade; Deficiências Nutricionais; Pós-operatório.

Foram realizadas entrevistas com três pessoas que passaram por cirurgia bariátrica, sendo uma mulher de 60 anos que mora em Charqueada – São Paulo, dona de casa e que apresentou reganho de peso (entrevistada 1). A outra entrevistada tem 32 anos e mora em Piracicaba – São Paulo, é professora e não teve reganho de peso após a cirurgia (entrevistada 2). A última entrevistada tem 58 anos, mora em Júlio Mesquita - São Paulo, é dona de casa e teve reganho de peso (entrevistada 3).

Entrevistou-se também uma nutricionista Lia Raquel Gayoso Coelho Formaggio, que atua há 23 anos em área clínica hospitalar e ambulatório clínico no município de Piracicaba.

As pessoas que passaram por cirurgia responderam perguntas sobre sua experiência individual durante e após a cirurgia, os motivos que levaram a realizá-la, quais foram as dificuldades encontradas no pós-operatório e como lidaram com elas (se

tiveram acompanhamento ou não). Já na entrevista voltada ao profissional foram abordadas as demandas dos pacientes bariátricos, recomendações nutricionais para esse público e as dificuldades enfrentadas por eles. As perguntas realizadas nas entrevistas estão no Anexo 1 e 2. Durante as entrevistas foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os entrevistados deram o seu consentimento em participar da pesquisa.

O produto desenvolvido foi um livro elaborado com o auxílio de uma ferramenta de design gráfico online (Canvas) e teve como público-alvo pacientes em processo de recuperação pós cirurgia bariátrica. Contêm exemplos de receitas, inclusive com os cálculos nutricionais da vitamina B₁₂, ácido fólico, ferro e cálcio. Ademais, apresentou informações sobre o reganho de peso e como evitá-lo.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

2.1.1 CIRURGIA BARIÁTRICA PELO SUS

Segundo Carvalho e Rosa (2018) desde 1999 a cirurgia bariátrica é oferecida pelo Sistema Único de Saúde e se apresenta como uma alternativa crucial para pacientes que não obtiveram sucesso com métodos convencionais de perda de peso, como dietas e exercícios. O SUS proporciona acesso à cirurgia para indivíduos que atendem a critérios específicos, incluindo um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 ou um IMC acima de 35 com comorbidades associadas, como diabetes tipo 2 ou hipertensão. Para a realização da cirurgia bariátrica é necessária a passagem por outros métodos de emagrecimento, podendo ser clínicos tradicionais ou clínicos medicamentosos, contudo, em alguns casos de urgência, pode ser utilizado o método do balão intragástrico para acelerar a perda de peso antes da cirurgia bariátrica.

De acordo com Sant'helena (2013), o preparo pré-operatório para a cirurgia bariátrica envolve três etapas. Na primeira, o cirurgião avalia o paciente, coleta informações sobre hábitos de vida e saúde e realiza um exame físico, além de fornecer detalhes sobre a cirurgia e possíveis complicações. O histórico de obesidade mórbida de no mínimo cinco anos e a tentativa de outros métodos de emagrecimento (clínicos tradicionais ou clínicos medicamentosos) determinam a urgência ou não do procedimento

cirúrgico. Na segunda etapa, uma vez aprovada a cirurgia, o paciente passa por vários exames, incluindo avaliações cardiológica, respiratória, endoscópica e laboratoriais e as mulheres férteis fazem um teste de gravidez. Na última etapa, após todas as avaliações, o paciente é liberado para a cirurgia, assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compromete-se a seguir o acompanhamento pós-operatório.

A literatura costuma abordar pelo menos quatro tipos de cirurgias bariátricas sendo elas, a banda gástrica ajustável que segundo Zeve; Novais e Junior (2012), envolve a colocação de um anel de silicone inflável na parte superior do estômago, limitando o fluxo de alimentos. Esse anel é conectado a um reservatório sob a pele, permitindo ajustes externos através da injeção de líquido. A cirurgia é feita por laparoscopia e requer anestesia geral.

A gastroplastia vertical sem banda, que de acordo com Carlini (2001), neste procedimento a parte superior do estômago é grampeada verticalmente, criando um compartimento menor, isso limita a quantidade de alimento que pode ser ingerida e proporciona uma sensação de saciedade mais rápida sendo realizada por laparotomia com duração entre uma e duas horas de cirurgia.

O desvio gástrico em Y de Roux, que de acordo com Zeve; Novais e Junior (2012), cria um pequeno estômago de cerca de 30 ml e conecta uma alça do intestino ao novo reservatório, permitindo a passagem e absorção dos alimentos, o restante do estômago e o intestino desviado permanecem no corpo, mas sem contato com os alimentos, reduzindo a ingestão e absorção de nutrientes. Essa intervenção pode durar aproximadamente duas horas e pode ser realizada por videolaparoscopia ou laparotomia.

E por último, a gastrectomia com ou sem desvio duodenal, que segundo Berto e Burini (2001), envolve a remoção parcial ou total do estômago e a reconstrução do trânsito gastrointestinal por meio da conexão com o duodeno ou jejuno.

2.1.2 OBESIDADE

Segundo Wanderley e Ferreira (2007) a obesidade é uma condição médica onde há um acúmulo excessivo de gordura corporal, prejudicando a saúde com alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e impactos no sistema locomotor. Também aumenta o risco de dislipidemias, doenças cardíacas, diabetes tipo II e certos tipos de câncer. A obesidade pode ser diagnosticada utilizando o índice de massa corporal (IMC),

indivíduos com IMC igual ou superior a 30 kg/m² são considerados obesos, conforme critério da Organização Mundial da Saúde.

De acordo com Souza et al. (2005) a obesidade tem sido considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido principalmente ao estilo de vida contemporâneo: consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, sedentarismo e redução na ingestão de fibras. A cultura consumista capitalista incentiva a ingestão de alimentos como sanduíches, refrigerantes, chocolates, biscoitos e salgadinhos, tanto em contextos sociais quanto para lidar com emoções como felicidade ou tristeza. Esses fatores, combinados com o fácil acesso a alimentos saborosos e gordurosos e a falta de atividade física, facilitam o ganho de peso. Outrossim, fatores como pré-disposição genética, má alimentação, saúde intestinal, sono ruim e o uso de medicamentos para ansiedade e depressão também são fatores determinantes para a obesidade.

A obesidade resulta em sérios impactos sociais e econômicos, como estigmatização, dificuldades no trabalho, limitações físicas, maior ausência no trabalho, risco de desemprego, queda de renda, e problemas psicológicos como depressão, ansiedade e baixa autoestima. Esses efeitos comprometem significativamente a qualidade de vida e podem reduzir a longevidade, sendo reconhecido que a obesidade não é simplesmente uma questão de força de vontade ou caráter (SOUZA et al., 2005).

Segundo Francischi et al. (2000) a ênfase no tratamento da obesidade deve ser na redução da gordura corporal, já que apenas a perda de gordura promoverá benefícios a saúde. Para conseguir essa diminuição da massa gordurosa é necessário um balanço energético negativo, condição na qual o gasto supera o consumo de energia, pois os estoques de energia do organismo são consumidos para sustentar processos metabólicos, levando a perda de peso. A dieta para perda de peso deve reduzir a ingestão total de calorias. Isso pode ser feito com o uso de dietas de muito baixas calorias (VLCD), que têm menos de 800 kcal/dia, ou com restrições moderadas de calorias, que variam de 1200 kcal/dia ou mais. Contudo, o maior problema é a dificuldade da manutenção do peso perdido após o término da dieta. Dietas que impõem restrições severas ao consumo energético, assim como jejuns prolongados, são cientificamente desencorajados e representam riscos à saúde, levando a perdas significativas de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e outros tecidos isentos de gordura, com pouca redução na massa adiposa. O exercício físico também contribui para redução de peso através da criação de balanço energético negativo.

2.1.3. DIETA PÓS BARIÁTRICA

De acordo Belelí (2024) a dieta do paciente que passa por cirurgia bariátrica evolui gradativamente e passa por fases. A adesão do paciente a essas fases é fundamental para que ocorra uma perfeita adaptação, evitando complicações. A primeira fase é a dieta líquida coada, oferecida entre o 1º e 7º dia após a alta hospitalar, deve ser sem açúcar e pobre em gordura, nesta fase a ingestão de líquidos é muito importante para evitar a desidratação que pode piorar alguns sintomas como fraqueza, cansaço e visão turva.

A segunda fase é uma dieta líquida completa (batida), servida entre o 8º e 15º dia. Devem ser oferecidas preparações liquidificadas (preparações batidas homogêneas) sem açúcar de adição e pobre em gordura. A terceira fase é a dieta branda/pastosa, ofertada entre o 16º e 30º dia após a cirurgia. Devem ser consumidos alimentos cozidos e que possam ser facilmente amassados até a consistência de um purê. A última fase é a dieta geral, que deve ser iniciada a partir do 1º mês após a alta hospitalar. Deve-se introduzir alimentos sólidos abrandados pelo cozimento, pobres em gordura e sem açúcar.

É recomendada a introdução de alimentos pastosos entre a segunda e oitava semana após a cirurgia, no entanto, há autores que aconselham essa prescrição apenas a partir do segundo mês ou conforme a tolerância do paciente. Não é possível saber o melhor momento para a evolução da dieta para a consistência pastosa, mas deve-se levar em conta o estado do paciente e sua tolerância à introdução de uma nova consistência. É consenso entre os autores a ingestão de pequenas quantidades de alimentos no pós-operatório, sendo também indicado por todos os autores o fracionamento das refeições durante o dia e o consumo de água no intervalo das refeições, evitando ingerir líquidos em horários próximos às refeições (SANCHES et al., 2007).

Após verificar as condutas nutricionais no tratamento de pacientes pós-bariátricos, pode-se notar que, apesar das condutas semelhantes aplicadas em diversos países, ainda são necessários mais estudos para a realização de protocolo padronizado sobre alimentação pós-cirurgia bariátrica com objetivo de nortear os profissionais de saúde e evitar que continuem ocorrendo déficits de nutrientes e micronutrientes nos pacientes (RUBIO; MORENO, 2007).

O nutricionista é o profissional responsável em monitorar a evolução do paciente após a cirurgia, orientando-o sobre as dietas, o controle, a perda e o ganho de peso. Por isso, nessa fase é imprescindível o comprometimento do paciente, que não deve pular as

fases das dietas e nem introduzir alimentos não recomendados no cardápio (SOUZA et al., 2005).

Para se manter uma porcentagem adequada de perda de peso após a cirurgia deve haver uma combinação entre alimentação e exercícios físicos. No primeiro mês após a cirurgia o paciente perderá aproximadamente 17% do excesso de peso, no segundo mês 0,5 a 1 quilograma por semana e por fim, no terceiro mês 4% do peso total. Sendo assim, ao terceiro mês, terá perdido aproximadamente 20% do peso inicial (SANCHES et al., 2007).

2.1.4. DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

De acordo com Begliomini e Silva (2022) é importante relatar as deficiências de nutrientes em paciente submetidos a cirurgia bariátrica e a importância do acompanhamento nutricional. Após a cirurgia bariátrica ocorrem diversos tipos de alteração no corpo humano e o principal são suas deficiências como: hemoglobina, ferro, ferritina, zinco, vitamina B₁₂, cálcio, vitamina D, albumina e magnésio. Podendo gerar uma desnutrição grave. A melhor ferramenta para evitar isso é o acompanhamento com um nutricionista, tendo como o ponto principal fornecer seus devidos cuidados ao paciente para que não tenha reganho de peso e não desenvolva desnutrição grave ou deficiência nutricional. Diversos estudos relatam que mesmo com a utilização de suplementos nutricionais, as deficiências nutricionais são comuns após as cirurgias bariátricas, sendo a queda de cabelo, o sinal mais recorrente.

Segundo Antônio et al. (2018) a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, sendo um fator de risco para a saúde do indivíduo, tornando-o vulnerável a outras doenças. Existem diversos métodos utilizados no tratamento da obesidade, portanto quando não se ocorre perda significativa de peso e o paciente apresenta um grau elevado de risco relacionado a obesidade, a cirurgia bariátrica é o tratamento mais indicado e eficaz. Entretanto, a perda de peso provocada pela cirurgia diminui o risco das comorbidades e faz com que as deficiências nutricionais sejam as principais alterações que acometem o sucesso do procedimento cirúrgico. Foi observado que há um risco significativo de deficiência nos minerais. A maioria das deficiências pode ocorrer entre 12 e 15 meses de pós-operatório.

Segundo as pesquisas de Conceição et al. (2020) as deficiências nutricionais são observadas tanto nos pacientes submetidos à GV (Gastronomia Vertical) quanto naqueles

submetidos à DGYR (Derivação Gástrica em Y de Roux) e, quando não corrigidas, podem apresentar um importante risco à saúde desses pacientes. As alterações nutricionais relacionadas à GV se dão por diminuição da ingestão alimentar, aumento da velocidade de esvaziamento gástrico e do trânsito duodeno-jejunal e redução da secreção de ácido clorídrico e do fator intrínseco. Já na DGYR, as deficiências nutricionais ocorrem tanto pelo componente restritivo, fazendo com que se resulte na saciedade precoce, quanto pelo componente disabsortivo, produto da exclusão do duodeno e do jejuno proximal. O risco de carências nutricionais é mais significativo nos pacientes submetidos a técnica cirúrgica By-pass Gástrico em Y de Rous.

2.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.2.1. RELATOS DE PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

A partir de uma série de entrevistas realizadas com pacientes que já passaram pelo processo da cirurgia bariátrica, pode-se equiparar e comparar os seguintes resultados: dificuldades na adaptação de dietas, dores durante o pós-operatório e desenvolvimento de restrições alimentares. Com isso evidencia-se semelhanças e divergências entre cada paciente, sendo necessárias observações acerca do tema.

Primeiramente, quando questionadas sobre os meios pelos quais conscientizaram-se sobre a cirurgia bariátrica, a entrevistada 1 relatou ter conhecido através de amigos, já a entrevistada 2 por uma indicação médica, e por fim, a entrevistada 3 relatou ter adquirido o conhecimento dos tipos de cirurgia por meio de um programa de televisão popular brasileiro, da rede aberta. Posteriormente, questionou-se a motivação que levou essas pacientes a aderirem a esse método de emagrecimento, como resultado a entrevistada 1 apresentou obesidade mórbida e conseqüentemente problemas de saúde derivados do sobrepeso (pressão alta, gordura no fígado e diabetes), sendo assim, foi direcionada pelo médico especialista a esse método. As entrevistadas 2 e 3 haviam tentado anteriormente outros métodos, mas não tiveram bons resultados.

No que se refere ao acompanhamento pré-operatório, as três entrevistadas alegaram que foram encaminhadas por um clínico geral e endocrinologista para realizar a cirurgia bariátrica, contando com exames médicos, acompanhamento psicológico, nutricional e fisioterápico. A partir disso, o método escolhido para a realização da cirurgia foi o *By-Pass* gástrico utilizados pelas entrevistadas 1 e 2 e a gastrectomia vertical pela

entrevistada 3. Duas das três entrevistadas foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A entrevistada 2 relatou não ter tido dificuldades durante todo o processo, que durou em média um ano e meio desde a procura pela cirurgia, até o dia de sua realização. A entrevistada 3 afirmou ter levado menos tempo, pois era obesa mórbida, um fator agravante para que o processo da cirurgia bariátrica fosse mais célere. Já a entrevistada 1 realizou todo o processo pela rede privada.

Quanto a prescrição médica e do nutricionista durante o pré-operatório, a entrevistada 1 mencionou ter introduzido a dieta líquida 10 dias antes da cirurgia para atingir o peso estimado prescrito pelo médico. Ademais, a entrevistada 2 relatou que o médico sugeriu a introdução da dieta líquida restrita uma semana antes da cirurgia, em conjunto com suplementos que repõem vitaminas e nutrientes. Por fim, a entrevistada 3 incluiu a dieta líquida 5 dias antes do procedimento.

Em relação ao processo pós-cirúrgico, observou-se grandes dificuldades na adaptação da dieta líquida por parte das três entrevistadas. Essa dieta deve ser seguida uma semana antes e no máximo 15 dias após a cirurgia, quando deve-se introduzir a dieta pastosa e em seguida a dieta branda, até que o paciente estivesse apto a consumir a dieta sólida. Contudo, nessa fase, a entrevistada 1, que não teve acompanhamento durante o pós-cirúrgico por conta da pandemia do COVID-19, relatou apresentar a Síndrome de *Dumping* e “entelos” (percepção de que o alimento está “arranhando” ou que ficou “preso” na passagem da garganta). Essa síndrome é uma consequência da cirurgia bariátrica, e se caracteriza por um conjunto de sintomas vasomotores e intestinais relacionados ao rápido esvaziamento gástrico, ou a exposição do intestino delgado a nutrientes, levando a sintomas como palpitação, necessidade de se deitar, taquicardia, fadiga, entre outros sintomas. Outrossim, as demais entrevistadas não relataram ter desenvolvido essa síndrome, porém, as três salientaram ter sentido muitas dores durante o processo pós-operatório, o que deixa explícito a necessidade de acompanhamento médico. As entrevistadas 2 e 3 desfrutaram do acompanhamento de um gastroenterologista e um nutricionista.

Em média, as três entrevistadas levaram de 20 a 30 dias para se recuperarem do pós-cirúrgico, sentirem menos dores e introduzir novos alimentos na dieta. Bem como, retomar as atividades do dia a dia, exercícios físicos e atividades diárias leves.

No tocante ao desenvolvimento de restrições alimentares e deficiências vitamínicas, todas as entrevistadas apresentaram algum tipo de alteração. As 3 entrevistadas manifestaram deficiência da vitamina B₁₂, que é necessária para o

crescimento e reprodução celular, formação e integridade e maturação das hemácias. A baixa quantidade de vitamina B₁₂ causa anemia, podendo ser acompanhada de sintomas como dificuldade para andar, fraqueza e parestesias, que segundo Floriane et al. (2012) consiste em sensação de desconforto e "formigamento" devido a irritação de nervos periféricos sensitivos.

De acordo com Silva et al. (2016) a deficiência vitamínica pode ser justificada pela alimentação desbalanceada desde o período pré-operatório, ocorrendo em sua maioria em pacientes com excesso de gordura corporal, devido ao alto consumo de alimentos ricos em carboidratos e lipídeos, colesterol, gorduras trans e saturada, e em contradição, pobre em vitaminas, minerais e fibras, tornando assim, o paciente mais propenso ao desenvolvimento de carências nutricionais. Por outro lado, a entrevistada 3 mencionou portar deficiência de vitamina D, e conforme Nascimento et al. (2023) o controle dos níveis de vitamina D deve ser realizado antes mesmo do processo cirúrgico, pois, apesar de ser uma carência nutricional comum na população em geral, que ocorre em 30 a 50% em indivíduos de todas as faixas etárias, os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica geralmente apresentam hipovitaminose D antes e após a cirurgia.

Em síntese, as três entrevistadas apresentaram carência nutricional que foram tratadas com a suplementação. Todas fizeram o uso de DEXA Citoneurin, que atua combinando a ação anti-inflamatória da dexametasona com as ações neuro regeneradoras e analgésicas das vitaminas B₁, B₆ e B₁₂ e da vitamina Baristar, que é um suplemento para vitamina B₁₂ e vitamina D.

Ainda mais, as restrições alimentares desenvolvidas foram consideradas comuns, no entanto, devem ser acompanhadas com o intuito de amenizar as dificuldades no processo de adaptação pós-cirúrgico. Pode-se observar que a entrevistada 1 desenvolveu restrição ao arroz, macarrão, refrigerantes, doces, leite e temperos ultraprocessados, sendo necessária uma dieta específica para que houvesse o consumo adequado de todos os nutrientes necessários para o funcionamento do organismo. A entrevistada 2 relatou a dificuldade de consumir alimentos muito gordurosos e a entrevistada 3 de temperos de carnes.

Ao serem questionadas sobre os impactos que a cirurgia bariátrica provocou no estilo de vida, alimentação e autoestima, as três pacientes demonstraram semelhanças em suas respostas. As três relataram mais disposição para fazer exercícios físicos, atividades básicas do dia a dia e grande melhora na saúde em geral, além de se sentirem mais

confiantes e com maior autoestima, o que influenciou positivamente em diversas áreas da vida.

Quanto ao ganho de peso, que é muito comum de acontecer, as três entrevistadas informaram um ganho de aproximadamente 5kg após dois anos da realização da cirurgia, embora tivessem aderido a uma alimentação adequada combinada a prática de atividades físicas.

As respostas a essas entrevistas evidenciaram que a cirurgia bariátrica é uma opção importante e eficaz para quem busca um emagrecimento rápido, especialmente para aqueles que não tiveram bons resultados com outros métodos de emagrecimento. No entanto, é crucial que o paciente esteja consciente de que essa cirurgia traz mudanças permanentes, pois além de melhorar a autoestima e a perda de peso substancial, o processo pós cirúrgico é acompanhado do desenvolvimento de restrições alimentares e deficiências vitamínicas, que demandam a necessidade de suplementação de vitaminas, mudanças no estilo de vida, exigências maiores em relação a alimentação, entre outros. Porém, a adesão ao tratamento, a escolha de bons profissionais para o acompanhamento antes, durante e depois da cirurgia, permitem bons resultados a longo prazo.

2.2.2. RELATO DA NUTRICIONISTA SOBRE O PROCESSO DE EMAGRECIMENTO POR MEIO DA CIRURGIA BARIÁTICA

A nutricionista Lia Raquel Gayoso Coelho Formaggio, de 45 anos, atua na área há 23 anos, com destaque para o atendimento nutricional na área clínica hospitalar e ambulatorial, especialmente no acompanhamento integral de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Segundo a especialista, a demanda pela cirurgia bariátrica tem aumentado, acompanhando a crescente incidência de obesidade no mundo. A cirurgia é recomendada para pessoas com IMC igual ou superior a 40 kg/m² sem comorbidades, ou IMC igual ou superior a 35 kg/m² com comorbidades. A faixa etária indicada é entre 18 e 60 anos, com histórico de obesidade prolongada (superior a 5 anos) e falhas em tratamentos clínicos anteriores para redução de peso.

Além disso, a cirurgia é indicada para pacientes sem contraindicações importantes, como risco cirúrgico elevado ou expectativa de vida limitada devido a doença grave. Já as contraindicações que devem ser avaliadas pela equipe médica incluem doenças que aumentam o risco cirúrgico como doenças cardiovasculares graves, insuficiência respiratória e doença hepática avançada, entre outras, e por conta disso, a

cirurgia bariátrica não deve ser realizada para fins estéticos. O processo até a cirurgia irá depender da condição clínica do paciente e da via de acesso à cirurgia, porém de forma geral, envolve várias etapas até a sua realização.

Durante a consulta é levantado o histórico do paciente e verificado se ele atende aos critérios para a cirurgia, além de serem realizados a pesagem, medição da altura e cálculo do IMC. O médico investigará doenças associadas, histórico pessoal e familiar, além do insucesso no tratamento clínico. Se o paciente for elegível para a cirurgia, serão solicitados exames pré-operatórios e o encaminhamento para uma equipe multidisciplinar. Após receber todos os laudos, o cirurgião definirá a técnica e a via cirúrgica na consulta final.

No período pré-operatório, é crucial o acompanhamento nutricional para garantir uma redução de peso segura, sem comprometer a ingestão de nutrientes essenciais e evitar deficiências no pós-operatório. Segundo a nutricionista, é recomendável que os pacientes percam cerca de 5% do peso inicial antes da cirurgia, e a dieta deve incluir proteínas magras como frango, peixe, ovos, tofu e laticínios com baixo teor de gordura. Em contrapartida, no pós-operatório, a dieta deve seguir um protocolo de progressão específico, dividido em quatro fases: líquida, pastosa, branda e geral.

A fase líquida conta com refeições como caldos, sopas leves e gelatinas, já na pastosa consegue-se inserir maior variedade de alimentos, como purês, geleias e cremes. Já a fase branda conta com a inserção de alimentos cozidos que serão necessários para a transição de tal dieta para a geral, e por fim, a dieta geral não conta com nenhum tipo de restrição e deve ser implementada quando o paciente estiver em tempo avançado de recuperação. Cada fase deve ser adaptada às necessidades individuais do paciente e ao ritmo de sua recuperação, com a orientação constante do nutricionista.

Após a recuperação da cirurgia, o paciente deve manter o acompanhamento nutricional por pelo menos um ano, esse período é crucial, pois é quando ocorre a maior perda de peso e a adaptação do organismo. Após o primeiro ano, o acompanhamento deve focar na estabilização e organização nutricional para garantir a manutenção da perda de peso a longo prazo. O reganho de peso é bastante comum após a cirurgia, afetando entre 10% e 35% dos pacientes após 24 meses e cerca de 50% após cinco anos.

É comum também que pacientes apresentem carência de vitaminas após a cirurgia, especialmente em casos de *by-pass*. A técnica pode diminuir a absorção de vitaminas do complexo B, vitamina D, cálcio e ferro. E para tratar carências de vitaminas e minerais, é utilizado a orientação alimentar, focando no consumo de alimentos ricos nesses

nutrientes. Além disso, é feita uma suplementação individualizada para atender às necessidades específicas de cada paciente.

Em sequência ao procedimento, alguns pacientes podem desenvolver restrições ou intolerâncias alimentares devido à necessidade de mudanças no comportamento alimentar. É essencial ajustar a mastigação e a velocidade de ingestão para garantir a aceitação dos alimentos no pós-operatório. Caso essas adaptações não ocorram, o paciente pode ter dificuldade em consumir certos alimentos, resultando em restrições, a partir disso são inseridas formas de suplementações, as quais o nutricionista avaliará a melhor opção. Além disso, alguns indivíduos podem se tornar mais sensíveis a açúcares e gorduras, o que pode desencadear a Síndrome de Dumping, uma condição desconfortável após a ingestão desses alimentos.

Durante o processo da cirurgia bariátrica é essencial que o paciente compreenda a importância de sua escolha. É necessário adotar um novo estilo de vida para garantir um emagrecimento eficaz e a manutenção da perda de peso de forma saudável. A cirurgia bariátrica, combinada com a adoção de novos hábitos saudáveis, pode melhorar significativamente a qualidade de vida do paciente. Entre os benefícios estão a redução do risco de doenças associadas à obesidade como diabetes e hipertensão, além da melhora ou até remissão de várias comorbidades. A saúde emocional e psicológica também tende a melhorar, contribuindo para uma vida mais estável e satisfatória.

2.2.3 PRODUÇÃO DO LIVRO

O livro “Guia alimentar e nutricional: uma orientação a pacientes bariátricos” foi desenvolvido com o intuito de orientar pacientes que já passaram pela cirurgia bariátrica, além de apresentar exemplos de receitas com cálculos nutricionais de vitamina B₁₂, ácido fólico, ferro, cálcio, proteínas, lipídios e carboidratos. Ainda, as informações nutricionais dos alimentos foram pesquisadas na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos TACO/UNICAMP e TBCA/USP.

Em relação ao processo de criação do livro, seu desenvolvimento e design foram realizados no Canva, levando em média três meses para finalizá-lo. Para a seleção das receitas foram realizadas pesquisas nos sites “Ta Na Mesa”, “Vitat Saúde” e “Chubby Vegan” e adaptadas de acordo com os padrões propostos para as receitas, sendo eles custo da preparação, acessibilidade relacionada aos ingredientes, tempo de preparo e grau de

dificuldade, reposição de nutrientes, cores, aromas, consistência e sabor. A professora e nutricionista Marcia Dal Medico do Patrocinio colaborou com essa etapa.

O material contém informações sobre a cirurgia bariátrica, restrições alimentares, reganho de peso, deficiências nutricionais e relatos de pacientes que já passaram pela intervenção cirúrgica. Apresentou-se também um exemplo de preparação líquida e dois das demais dietas sendo elas pastosa, branda e geral, totalizando sete receitas adaptadas e testadas com intuito de avaliar custo, consistência, macro e micronutrientes. Para a pesagem dos ingredientes, utilizou-se uma balança doméstica e para o cálculo dos nutrientes usou-se uma planilha do Excel.

Com o intuito de atender a primeira fase da dieta pós-operatória, testou-se uma receita para a Dieta Líquida, que tem por objetivo promover a recuperação e melhorar a cicatrização do trato gastrointestinal após a cirurgia. Foi preparado um caldo de peito de frango com vegetais que levou em sua composição batata, cenoura, chuchu, beterraba, tomate, salsinha, cebolinha e peito de frango. Os nutrientes encontrados foram apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Cálculo Nutricional do Caldo de Peito de Frango com Vegetais

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (200g)
Calorias (valor energético)	318,57	63,71
Carboidratos (g)	34,87	6,97
Proteínas (g)	37,15	7,43
Lipídeos (g)	3,88	0,78
Vitamina B ₁₂ (mcg)	0,20	0,04
Folato (mcg)	176,92	35,38
Ferro (mg)	1,23	0,25
Cálcio (mg)	62,71	12,54

É possível ter dificuldade de atingir os nutrientes em uma dieta líquida, especialmente se for seguida por um longo período de tempo. Esse tipo de dieta é restritiva e pode levar à deficiência de nutrientes como proteínas, fibras e vitaminas.

A produção rendeu 1 quilograma, sendo recomendada uma porção de 200 ml. O custo da preparação foi de R\$4,67 e o custo da porção R\$0,93.

Para a segunda fase da dieta pós-operatória foram executadas duas receitas para a Dieta Pastosa, nessa etapa, os alimentos são triturados ou amassados para facilitar a digestão, já que o estômago e o trato gastrointestinal ainda estão se recuperando.

A primeira receita preparada foi um Creme de Legumes que levou tomate, cebola, alho, abóbora cabotia, cenoura, mandioquinha, água, salsinha, cebolinha, coxão mole e fígado bovino. Os nutrientes da preparação e da porção estão na tabela 2:

Tabela 2: Cálculo Nutricional do Creme de Legumes

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (200g)
Calorias (valor energético)	896,01	128,01
Carboidratos (g)	107,12	15,30
Proteínas (g)	62,33	8,90
Lipídeos (g)	2,99	0,43
Vitamina B12 (mcg)	37,37	5,34
Folato (mcg)	356,25	50,89
Ferro (mg)	9,17	1,31
Cálcio (mg)	324	46,29

O rendimento foi de 1400 gramas, sendo recomendada uma porção de 200g. Ressalta-se a necessidade do acompanhamento nutricional a fim de ter um melhor resultado na reposição dos micronutrientes. Ainda, o fígado bovino pode ser substituído por fígado de frango com o intuito de aumentar o teor de ferro na receita. O custo da preparação foi de R\$14,20 e o custo da porção em R\$2,03. Dessa maneira, a porção apresentou baixo custo, tornando-a acessível e de simples preparo.

A segunda receita proposta para a Dieta Pastosa foi um Smoothie de Morango com Banana, composto por leite desnatado, banana, morango e leite em pó desnatado. Os valores nutricionais estão na tabela 3.

Tabela 3: Cálculo Nutricional do Smoothie de Morango

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO
Calorias (valor energético)	452	150,50
Carboidratos (g)	84,12	28,04
Proteínas (g)	28,77	9,59
Lipídeos (g)	1,84	0,61
Vitamina B12 (mcg)	2,75	0,91
Folato (mcg)	97,51	32,50
Ferro (mg)	1,56	0,52
Cálcio (mg)	1017,9	339,30

O rendimento da preparação foi de 600 ml e a porção recomendada de 200 ml ou duas de 100 ml. Em relação ao custo encontrou-se o valor de R\$ 8,81 para a preparação e R\$ 2,94 para a porção.

A terceira fase da dieta pós-operatória, a Dieta Branda, trata-se da introdução gradual de alimentos mais sólidos, mas ainda com textura macia e de fácil digestão. Essa etapa é crucial para a readaptação do sistema digestório e por isso deve respeitar a nova capacidade reduzida do estômago, sendo assim, todos os alimentos inclusos nela devem estar bem cozidos a fim de facilitar a mastigação e a absorção. Com o objetivo de evitar desconfortos como dores, vômitos e a Síndrome de Dumping é recomendada a ingestão de pequenas porções bem como mastigação lenta.

Preparou-se uma Mujadarah, prato que leva arroz, lentilha, cebola roxa, alho, tomate, cenoura, óleo vegetal, salsinha e sal (em baixa quantidade). Os resultados do cálculo nutricional estão na tabela 4.

Tabela 4: Cálculo Nutricional do Mujadarah

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (230g)
Calorias (valor energético)	860,41	122,92
Carboidratos (g)	163,34	23,33
Proteínas (g)	36,63	5,23
Lipídeos (g)	887,20	126,74
Vitamina B12 (mcg)	-	-
Folato (mcg)	730,39	104,34
Ferro (mg)	9,25	1,32
Cálcio (mg)	122,82	17,55

A produção final rendeu 1500 quilogramas e o peso da porção foi de 230g ou duas de 115g. Para aumentar o aporte de vitamina B₁₂ na receita, pode-se recomendar a adição de 100 g de fígado bovino. Quanto ao custo encontrou-se o valor de R\$ 10,02 para o rendimento total e R\$1,67 para a porção.

A segunda preparação da Dieta Branda foi um Brownie, preparado com cacau em pó, ovo, açúcar, margarina sem sal e farinha de trigo, além de farinha de aveia como opção. A tabela nutricional é apresentada a seguir.

Tabela 5: Cálculo Nutricional do Brownie

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (64g)
Calorias (valor energético)	1987,99	220,89
Carboidratos (g)	273,23	30,36
Proteínas (g)	56,18	6,24
Lipídeos (g)	67,11	7,46
Vitamina B12 (mcg)	1,68	0,18
Folato (mcg)	171,91	19,10
Ferro (mg)	23,85	2,65
Cálcio (mg)	279,82	31,09

O custo da preparação foi de R\$ 21,21 para uma receita com rendimento de 600g e o custo da porção estabelecida em 64 g foi de R\$2,35.

A Dieta Geral, que é a última fase das dietas pós-operatórias, geralmente é iniciada entre o segundo e o terceiro mês após a cirurgia. Nesta etapa, o paciente pode consumir uma variedade mais ampla de alimentos, incluindo alimentos sólidos, mas priorizando escolhas saudáveis e nutritivas.

O Enrolado de Repolho Grelhado foi elaborado com filé de frango, batata, cenoura, repolho, lentilha e sal (em baixas quantidades) e a tabela 6 aponta o cálculo nutricional.

Tabela 6: Cálculo Nutricional do Enrolado de Repolho Grelhado

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (200g)
Calorias (valor energético)	439,70	219,70
Carboidratos (g)	58,99	29,50
Proteínas (g)	13,83	6,92
Lipídeos (g)	1,27	0,63
Vitamina B12 (mcg)	-	-
Folato (mcg)	251,52	125,76
Ferro (mg)	2,85	1,42
Cálcio (mg)	80,088	40,04

A fim de melhorar o aporte de vitamina B₁₂ pode se recomendar, por exemplo, a adição de 100g de coração de frango. O peso final da produção foi de 400 gramas, sendo recomendada uma porção de 200g. O custo da preparação foi de R\$4,81 e o custo da preparação foi de R\$2,40.

Por fim, a última receita foi o do Cookie de Granola com margarina light, farinha de trigo, ovo, fermento e granola light. Encontrou-se o custo de R\$28,28 para 1200 gramas de produção de cookie e o custo de R\$1,41 para uma porção de 60g, além disso, cálculo nutricional é apresentado na tabela 7.

Tabela 7: Cálculo Nutricional do Cookie de Granola

TABELA NUTRICIONAL	TOTAL DA PREPARAÇÃO	TOTAL DA PORÇÃO (60g)
Calorias (valor energético)	3732,53	186,63
Carboidratos (g)	511,84	25,59
Proteínas (g)	62,47	3,12
Lipídeos (g)	164,91	8,25
Vitamina B12 (mcg)	1,56	0,08
Folato (mcg)	1128,71	56,44
Ferro (mg)	42,58	2,13
Cálcio (mg)	650,64	32,53

Logo, o foco do livro foi a promoção de estímulos para uma alimentação equilibrada, com aporte nutricional adequado para evitar deficiências e apoiar a perda de peso saudável após a cirurgia bariátrica.

Apesar das receitas incluírem alimentos ricos em vitamina B₁₂, folato, cálcio e ferro nem sempre é possível repor tais nutrientes apenas por meio da alimentação, sendo assim, se faz necessário o acompanhamento com o nutricionista e com o médico, a fim de que, juntos, possam definir o melhor meio de suplementação, seja intramuscular (por meio de injeções) ou sublingual (por meio de medicamentos convencionais).

Outro aspecto levado em consideração durante a preparação do livro foi usar nas receitas insumos mais em conta a fim de tornar as produções exequíveis para pessoas de baixa renda, atendidas pelo Sistema Único de Saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nessa pesquisa, concluiu-se que a busca pela cirurgia bariátrica cresce cada vez mais, o que pode ser atribuído a diversos fatores como a prevalência da obesidade em todo o mundo, estilos de vida sedentários e dietas ricas em alimentos ultraprocessados.

A cirurgia bariátrica é uma das intervenções mais eficazes no tratamento da obesidade severa, promovendo assim uma perda de peso significativa e sustentada. Ademais, ajuda a melhorar ou até reverter várias comorbidades associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares, além disso as técnicas têm evoluído bastante, tornando o procedimento mais seguro e menos invasivo.

O processo da cirurgia consiste em exames laboratoriais e consultas com vários profissionais da área da saúde como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e endocrinologista. Após a cirurgia, a alimentação precisa ser rigorosamente controlada e adaptada às novas limitações do corpo, com o intuito de evitar complicações como vômitos e disfagia, além de garantir que o paciente receba os nutrientes necessários para auxiliar na recuperação do paciente.

Portanto, o livro desenvolvido nesse trabalho tratou de todas essas questões inerentes a obesidade e também apresentou sugestões de receitas saudáveis para pacientes bariátricos, priorizando seu restabelecimento por meio de uma evolução adequada de dietas.

REFERÊNCIAS

AMBROSI, Cláudia; GUIDOTTI, Márcia. O Guia Alimentar para População Brasileira (GAPB): uma análise à luz da teoria social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v. 27, n. 11, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/spHMZQTCYVTj8PC3by8h4qq/?lang=pt>> Acesso em: 09 mai. 2024.

ANDRADE, Rebecca Soares de; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, 2023. Disponível em: <[scielo.br/j/sdeb/a/HbznwLr9g4FhTkWFRS7Dv9N/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HbznwLr9g4FhTkWFRS7Dv9N/?format=pdf&lang=pt)>. Acesso em: 09 mai. 2024.

ANTONIO, Álvaro Bandeira Ferraz et al. Deficiências de micronutrientes após a cirurgia bariátrica: Análise comparativa entre gastrectomia vertical e derivação gástrica em Y de Roux. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/GVnxbXr5D9t7dHbP7BnLQ/> Acesso em: 17 jun. 2024.

BORDALO, Livia Azevedo et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Viçosa, v. 57, n. 1, 2011. Disponível em: [scielo.br/j/ramb/a/fjg6HNGZJCQpFTD5jqkSL7K/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/ramb/a/fjg6HNGZJCQpFTD5jqkSL7K/?format=pdf&lang=pt) Acesso em: 09 de mai. 2024.

BERTO, Sílvia Justina Papini; BURINI, Roberto Carlos. Causas da Desnutrição Pós-Gastrectomia. **Arquivos de Gastroenterologia**, Botucatu, v.38, n.4. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ag/a/Hc3F56BWfcvr7YS6Mr7RfRR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

BELELÍ, Célia Aparecida Valbon. **Manual de Orientação Nutricional na Cirurgia Bariátrica - GCBV**. Disponível em: https://www.clinicaconcon.com.br/files/pdf/manual_de_nutricao_marco_2017.pdf Acesso em: 04 ago.2024.

Begliomini, Giovanna Mundim; SILVA, Larissa Barbosa. Deficiências de nutrientes em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica: a importância do acompanhamento nutricional. **Brasília Med**, v.59. p. 1-7, 2022. Disponível em: <<https://search.app/F2YVHCejXmGsyelTA>> Acesso em: 17 jun. 2024.

CHAVES, Yasmin da Silva; DESTEFANI, Afrânio Côgo. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da síndrome de dumping e sua relação com a cirurgia bariátrica; **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.29. (Supl.1). p. 116-119, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abcd/a/c85MgtFzcsLqhYTrrWNpHvM/?lang=en#>> Acesso em: 19 ago. 2024.

CONCEIÇÃO, Analú Queiroz Pinheiro et al. Deficiências de Micronutrientes após Cirurgia Bariátrica. **Revista Uni FACs**, n. 17, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/isado/Downloads/6814-29523-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/isado/Downloads/6814-29523-1-PB%20(3).pdf) Acesso em: 17 jun. 2024.

CARVALHO, Adriane da Silva; ROSA, Roger dos Santos. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.27, n.2, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200011#fn2. Acesso em 15 jun. 2024.

CARLINI, Maria Paula. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia Da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 109 p. 2001. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/30360887.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

CHUBBY VEGAN. **Mjadra**. Disponível em: <https://chubbyvegan.net/mjadra/>. Acesso em: 9 out. 2024.

FRANCISCHI, Rachel Pamfilio Prado et al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento, **Brazilian Journal of Nutrition**. 2000. v1. n17. p17-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/TGppS8yhnCMfkDJgmw9DTYm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

NASCIMENTO, Isabelle Maria Cabral do et al. Vitamin D levels and lipid profile in patients undergoing bariatric surgery. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020230035e1753> > Acesso em: 19 ago. 2024.

RUBIO, María; MORENO, Carlos. Implicaciones nutricionales de la cirugía bariátrica sobre el tractogastrointestinal. **Nutrição Hospitalar**, v.22, (supl.2), p. 124-134, 2007. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/nutricion6.pdf>. Acesso em: 04 ago.2024.

SANCHES, Giselle Domingues et al. Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/Bb_X6SZkmhPFZpqy8JMkvSGM/?lang=pt > Acesso em: 09 de mai. 2024.

SANT'HELENA, Moara Monteiro. **Cirurgia bariátrica: uma análise social sobre a fase pós-operatória a partir do serviço social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/TCC-MOARA-MONTEIRO-SANT>>. Acesso em: 04 jun. 2024.

SOUZA, Jakeline Maurício Bezerra de et al. Obesidade e Tratamento: desafio comportamental e social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v1. n1. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007. Acesso em: 17 jun. 2024.

TÁ NA MESA. **Sopa cremosa de legumes**. Disponível em: <https://tanamesa.com/receita/sopa-cremosa-de-legumes-clinica-einstein-e-helo-bacellar>. Acesso em: 10 out. 2024.

VITAT. **Sopa creme de legumes**. Disponível em: <https://vitat.com.br/receitas/79696-sopa-creme-de-legumes>. Acesso em: 12 out. 2024.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: Uma perspectiva plural, **Ciência & Saúde Coletiva**, v1. n15. p185-194. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cxTRrw3b5DJcFTcbp6YhCry/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 17 jun. 2024

ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; NOVAIS, Poliana Oliveira; JUNIOR, Nilvan de Oliveira. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/etec/Downloads/admin,+10966-42950-2-LE+final.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

ANEXO 1: Perguntas para as Pacientes

Este questionário faz parte da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso Técnico em Nutrição e Dietética da ETEC Cel. Fernando Febeliano da Costa, sob orientação da Prof.^a Neila Camargo de Moura.

1. Identificação:

- a. Nome:
- b. Idade:
- c. Profissão:
- d. Renda Familiar:

2. Intervenção cirúrgica:

- a. Como você conheceu a cirurgia bariátrica?
- b. Por que escolheu esse método de emagrecimento?
- c. Como foi o processo até a cirurgia (pedidos de exames, consultas)?
- d. Os acompanhamentos médico e cirúrgico foram feitos por rede pública (SUS - Sistema Único de Saúde) ou por rede particular?
- e. Se feito por rede pública (SUS -Sistema Único de Saúde), o processo pré-operatório contou com dificuldades para ser realizado (marcar as consultas, exames e cirurgia, tempo de espera)? Como foi e quanto tempo durou esse processo?
- f. Qual foi a prescrição do médico e do nutricionista no pré-operatório? (dieta, mudança no estilo de vida etc.)
- g. Qual foi o método cirúrgico escolhido?

3. Pós-operatório e recuperação:

- a. Quais foram as dificuldades encontradas tanto na dieta quanto na recuperação no pós-operatório?
- b. A sua recuperação levou em média quanto tempo? Como você lidou com ela? (Se houve repouso, mudança na alimentação, exercícios)
- c. Durante a sua recuperação você foi acompanhada por quais profissionais?

- d. Você desenvolveu alguma restrição alimentar ou deficiência de vitaminas? Se sim, quais?
- e. A bariátrica teve consequências no seu estilo de vida, alimentação e autoestima? Se sim, quais foram elas?
- f. Você teve ganho de peso? Se sim, como lidou com ele?
- g. Qual a sua visão da cirurgia bariátrica atualmente e quais conselhos você daria para uma pessoa que pretende fazer essa cirurgia?

ANEXO 2: Perguntas para a Nutricionista

Este questionário faz parte da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso Técnico em Nutrição e Dietética da Etec Cel. Fernando Febeliano da Costa, sob orientação da Prof.^a. Neila Camargo de Moura.

1. Identificação:

- 1.1. Nome:
- 1.2. Idade:
- 1.3. Profissão:
- 1.4. Tempo de atuação:

2. Recomendação e pré-operatório:

- 2.1. Você já trabalhou com pacientes bariátricos? Se sim, qual o nível de procura?
- 2.2. Para quem você recomenda a cirurgia bariátrica?
- 2.3. Existe algum caso em que esse tipo de cirurgia não é recomendado? Quais seriam essas situações?
- 2.4. Como é o processo até a cirurgia?

3. Dietas e reposição vitamínica:

- 3.1. Quais as recomendações sobre a alimentação para o período pré-operatório e pós-operatório?
- 3.2. Você costuma indicar plano alimentar individualizado no pré e pós-operatório da cirurgia?
- 3.3. Qual o tempo de acompanhamento nutricional do paciente após a sua recuperação da cirurgia?
- 3.4. É comum o paciente apresentar carência de vitaminas após a cirurgia? Se sim, quais?
- 3.5. Qual método você utiliza em casos de carência de vitaminas e minerais por parte do paciente?

4. Pós-cirúrgico e acompanhamento:

- 4.1. É comum o reganho de peso depois da cirurgia? Se sim, como evitá-lo

4.2. Por que depois da cirurgia alguns pacientes podem desenvolver restrições ou intolerâncias alimentares?

4.3. Como a bariátrica pode influenciar na qualidade de vida do paciente?

5. **Considerações finais:**

5.1. Esse espaço é para as considerações que você julgar pertinentes.