

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

BRUNO CIRILLO

VICTOR PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS A CIRURGIA
BARIÁTRICA**

São Paulo
2019

BRUNO CIRILLO

VICTOR PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS A CIRURGIA
BARIATRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado junto ao Curso de Nutrição
da Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

Orientador: Prof. Dr. Rone Paiano

São Paulo
2019

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Bruno Cirillo, Victor Pereira

Ronê Paiano

Resumo

Introdução: Em diversos países no mundo, pesquisas tem constatado um aumento dos índices de obesidade na população, decorrente de um estilo de vida sedentário, associado a uma alimentação inadequada com maior oferta de calorias. A obesidade é um grande fator de risco para morbidades e afeta diretamente a qualidade de vida. Por ser uma doença multifatorial, seu tratamento é muito delicado. Muitas pessoas tentam dietas restritivas ou mudanças no estilo de vida, porém muitas vezes não obtêm sucesso. Uma alternativa, mais agressiva, porém, que apresenta sucesso para casos de obesidade mórbida, é a cirurgia bariátrica. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Método:** Trata-se de um estudo de caráter transversal realizado no período de janeiro a abril de 2019. Participaram 17 pessoas com média de 39,7 anos, sendo 10 mulheres e 7 homens que responderam ao questionário de forma online. Foram coletados dados sócio demográficos e questionário de qualidade de vida, utilizando o modelo WHOQOL – bref, que contém 26 itens que avaliaram objetiva e subjetivamente a qualidade de vida dos voluntários, levando em conta diversos fatores. Os dados foram analisados de forma quantitativa, obtendo pontuações para cada item para avaliação dos resultados. **Resultados:** Analisando a pontuação dos itens (de 0 a 100), levando em conta a população estudada, foi possível perceber que o item geral com menor pontuação foi o de relações sociais, com 60,54 pontos, e o maior foi o psicológico com 63,97. Entre esses itens encontram-se os fatores Físico (62,39 pontos) e Ambiente (63,42 pontos). Para chegar a essa pontuação, fatores específicos foram levados em conta para cada um dos gerais. Nos itens específicos tivemos como melhor resultado o item Transporte (78,13 pontos) e como resultados mais negativos os itens Ambiente físico e Sono e repouso (ambos com 48,53 pontos). A auto avaliação da qualidade de vida da população estudada como um todo obteve uma pontuação de 65,90.

Conclusão: Considerando que a qualidade de vida é um fator muito afetado em pessoas obesas, pode – se concluir que de modo geral, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a qualidade de vida é boa, levando em conta, de forma geral, fatores físicos, psicológicos o ambiente e as relações sociais. Dessa forma foi possível perceber que a cirurgia bariátrica (quando outros métodos menos invasivos não funcionam) é uma solução para a melhora da qualidade de vidas de pacientes com obesidade mórbida.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, obesidade, qualidade de vida

Contato: Bruno Garcia – cirillobru@gmail.com

Victor Martins – victor_pera97@hotmail.com

Ronê Paiano – rone.paiano@mackenzie.br

Abstract

Introduction: In many countries around the world, research has shown an increase in obesity rates in the population, result of a sedentary lifestyle, associated with an inadequate diet with a high supply of calories. Obesity is a big risk factor for morbidities and directly affects life quality. Because it is a multifactorial disease, the treatment is very delicate. Many people try restrictive diets or change their lifestyle, but often do not succeed. An alternative, more aggressive, however, that presents success for cases of morbid obesity, is bariatric surgery. **Objective:** To evaluate the quality of life of patients undergoing bariatric surgery. **Method:** This is a cross-sectional study performed from January to April 2019. Participants were 17 people with an average of 39.7 years, 10 women and 7 men have answered the questionnaire online. Socio - demographic data and quality of life questionnaire was collected using the WHOQOL - brief model, which contains 26 items that objectively and subjectively assessed the volunteer's quality of life, taking into account several factors. The data were analyzed quantitatively, obtaining scores for each item to evaluate the results. **Results:** Analyzing the item score (from 0 to 100), considering the population studied, it was possible to perceive that the general item with the lowest score was social relations, with 60.54 points, and the highest was the psychological item with 63.97. Among these items are the Physical (62.39 points) and Environment (63.42 points) factors. To reach out this score, specific factors were considered for each of the general. In the specific items, we had the Transportation item (78.13 points) as the best result and the Physical and Sleep and rest items (both with 48.53 points) were the most negative ones. The self-rated quality of life of the studied population obtained a score of 65.90. **Conclusion:** Considering that quality of life is a very affected factor in obese people, it can be concluded that, in general, in patients undergoing bariatric surgery, quality of life is good, taking into account, in general, physical, the environment and social relations. Therefore, it was possible to conclude that bariatric

surgery (when other less invasive methods do not work) is a solution to improve the quality of life of patients with morbid obesity.

Key words: Bariatric surgery, obesity, quality of life

Contact: Bruno Garcia - cirillobru@gmail.com

Victor Martins - victor_pera97@hotmail.com

Ronê Paiano - rone.paiano@mackenzie.br

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA	12
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
5. CONCLUSÃO	15
6. REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a população brasileira vivenciou transformações sociais consideráveis, as quais resultaram em alterações substanciais no seu padrão de saúde e consumo alimentar, determinando impacto no decréscimo da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema(SOARES et al, 2014)

Moraes e colaboradores (2006) analisaram diferentes estudos nos quais foi observada a tendência de aumento da obesidade em áreas urbanas de países em desenvolvimento. Ela estava relacionada, principalmente, ao incremento da renda, em contraste como os países situados em níveis mais avançados de desenvolvimento, onde o aumento da renda resultou em tendência de declínio da obesidade.

A prevalência de excesso de peso ainda é maior nos países de renda média alta, contudo, elevação mais rápida está ocorrendo nos países de renda média baixa. Em algumas regiões do mundo, como nas Américas, mais de 50% das mulheres estão acima do peso (FRANCA et al, 2018).

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo acúmulo em excesso de gordura no organismo. O número de pessoas com obesidade cresceu consideravelmente nos últimos tempos, principalmente nos países em desenvolvimento. Sua causa é bem ampla e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

Essa morbidade afeta negativamente na qualidade de vida (QV), ja que aumenta a probabilidade de morte e diminui os indicadores de QV, que são caracterizados por uma baixa autoestima, difícil relação social, estresse e depressão

A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade relacionada, logo, é considerado obeso quando

o IMC do indivíduo se encontra acima de 30 kg/m². Além disso, resultados iguais ou superiores a 40 kg/m² são classificados como obesidade mórbida ou grave (CHOBAN, 2002).

A obesidade grau III (≥ 40 kg/m²) é uma das doenças com maior mortalidade no mundo. Na América Latina, morrem 200 mil pessoas por ano aproximadamente devido às complicações ligadas com a obesidade. A taxa de mortalidade para pessoas obesas é 12 vezes maior entre homens de 25 a 40 anos, se comparada à de pessoas de peso normal (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

Muitos distúrbios fisiopatológicos estão relacionados com a obesidade como hipertensão, hipertrofia ventricular esquerda, doença cerebrovascular, trombose venosa profunda, entre outros. Distúrbios endócrinos como diabetes tipo II, hipotireoidismo e distúrbios respiratórios como apneia obstrutiva do sono também estão ligados com essa doença crônica (MANCINI et al, 2001).

Ela ainda pode gerar disfunções gastrointestinais, distúrbios dermatológicos como estrias e papilomas, distúrbios geniturinários e entre outras implicações, como o aumento do risco de realizar uma cirurgia e a diminuição da agilidade física (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

A obesidade tornou-se uma questão de saúde pública, uma vez que muitos fatores estão ligados à saúde e variam do alto risco de morte prematura a graves doenças não letais, porém, que acabam limitando o indivíduo, e que tem efeito diretamente na qualidade de vida (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

Em grande parte dos casos, a obesidade associa-se à um consumo alimentar de alta ingestão calórica e ao sedentarismo, na qual o excesso de calorias acumula-se na forma de gordura, gerando o balanço energético positivo (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

O balanço energético pode ser considerado como a diferença entre a quantidade de energia consumida e gasta na realização de atividades físicas em geral. Torna-se positivo quando a quantidade de energia adquirida é maior do

que a energia gasta, podendo variar de pessoa para pessoa (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

A procura por explicações para o grande crescimento da obesidade tem sido relacionada à modernização das sociedades, onde há maior oferta de alimentos, à mecanização onde a atividade humana tem diminuído consideravelmente devido à economia do gasto energético no trabalho e atividades do cotidiano. A obesidade vem sendo chamada de “doença da civilização” ou “síndrome do Novo Mundo” (MANCINI, 2001).

Por ser uma doença de etiologia multifatorial, requer um tratamento de múltipla abordagem. A orientação de um nutricionista, educador físico e médico constituem a base do tratamento. Todavia, o tratamento convencional que envolve uma reeducação alimentar aliada à prática de exercícios físicos para obesos de grau III vem apresentando resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Por isso, a indicação de cirurgia bariátrica vem crescendo nos últimos tempos por causa da dificuldade da abordagem clínica de obesos graves (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

O paciente que opta por fazer a cirurgia bariátrica deve estar preparado para uma reeducação alimentar, reduzindo a quantidade de alimentos ingeridos, e estar ciente de possíveis complicações ao longo do processo (PEDROSA, BURGOS, SOUZA, 2009).

Além da satisfação na perda de peso, a cirurgia traz uma melhor qualidade de vida para os pacientes, melhorando os aspectos psicológicos e sociais. Alguns estudos mostram uma redução ou até a cura de transtornos existentes, trazendo maiores resultados ao tratamento (FARIA et al, 2002).

De todas as morbidades, a que apresenta melhor resultado em relação ao controle metabólico após a cirurgia é o diabetes tipo II. Isso porque a redução da resistência à insulina, a redução da ingestão calórico-lipídica e a disabsorção lipídica em até 40% contribuem para melhorar os níveis lipídicos dos pacientes (FILHO et al, 2009).

Um grande problema relacionado às doenças advindas da obesidade é a falta de qualidade de vida, que diminui a expectativa de vida do paciente e o faz

viver pior, além de menos tempo. Assim a qualidade de vida é um forte motivo que leva os pacientes a realizarem a gastroplastia. (MORAES.M , et al. , 2014)

A relação de uma pessoa obesa com a comida é algo muito particular e que deve ser cuidadosamente acompanhado por um nutricionista, e até mesmo por um psicólogo, pois além dos riscos de saúde desse indivíduo (DCNT), a obesidade tem total relação não só com a comida, mas também tem uma grande e direta influência com o psicológico da pessoa.

A redução do estômago pode ser de grande risco aos pacientes compulsivos, podendo gerar transtornos psíquicos (LEAL, BALDIN, 2007).

Sendo assim, não deve- se simplesmente levar em conta a nutrição do indivíduo e ignorar as outras influências diretas que acarretam ou somam para a advinda da obesidade, como: problemas psicológicos, falta de interesse e falta de estímulo para se exercitar, dificuldades com relações sociais, problemas fisiológicos, entre outros.

As cirurgias bariátricas podem ser divididas em cirurgias restritivas e mistas (MANCINI, 2006).

Nas cirurgias restritivas, o único órgão modificado é o estômago e visam provocar a redução do espaço para o alimento dentro da cavidade gástrica, assim, o paciente terá a sensação de saciedade com pouca comida sendo ingerida (DAMASO, 2005). As mais comuns são: gastroplastia vertical com bandagem, balão intragástrico e bandagem gástrica ajustável por vídeo (HYDOCK, 2005). Já nas cirurgias mistas, além do estômago, o intestino do paciente também é alterado (BALTASAR et al., 1996).

Nas cirurgias mistas, além do fator restritivo que provoca a sensação de saciedade com uma pequena quantidade de alimento, também existe um fator disabsortivo, conseguido pela diminuição do local de absorção de nutrientes no intestino delgado. As técnicas mistas mais conhecidas são: derivação biliopancreática com gastrectomia distal (SCOPINARO et al., 1998). e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (RABKIN, 1998).

A cirurgia bariátrica realiza a redução das comorbidades que estão ligadas à obesidade, porém, ela muda o perfil dos pacientes, onde há possibilidades de sofrer complicações que desafiam os profissionais da saúde (MENEZES; HARADA; ALVAREZ, 2008).

Complicações pós-operatórias podem estar relacionadas a vários fatores como problemas psicológicos, carências nutricionais, desnutrição, intolerâncias alimentares, infecções e outras enfermidades (MENEGOTTO et al., 2013)

Alguns pacientes podem não responder positivamente a perda de peso, causando assim frustração podendo dificultar o funcionamento físico, mental e social. Por isso é necessário que haja um acompanhamento multiprofissional, evitando assim que a maioria das complicações citadas acima venham a ocorrer (NOVELLE; ALVARENGA, 2016).

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

3. METODOLOGIA

Estudo de caráter transversal, com início no período de janeiro a abril de 2019. Durante o período de coleta de dados 17 colaboradores responderam, um questionário online. Os critérios de inclusão do estudo foram: a) idade superior a 18 anos; b) estar vivenciando o pós-operatório.

Os dados foram coletados utilizando um instrumento estruturado que foi dividido em duas partes: a) dados sócio demográficos; b) questionário de qualidade de vida. Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-bref, que contém 26 itens que avaliaram subjetivamente e objetivamente a qualidade de vida do paciente: 1) autoestima, 2) atividade física, 3) relações sociais, 4) satisfação no trabalho, 5) sobre comportamento alimentar e doenças e 6) sobre a saúde psicológica.

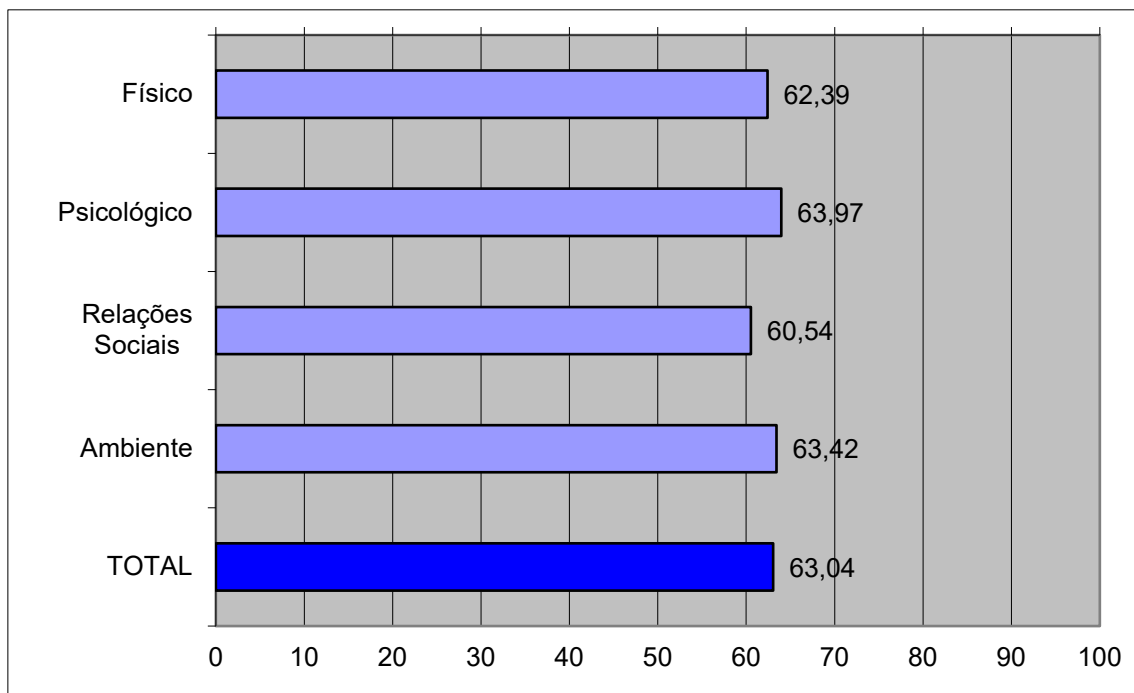
Todas as questões têm o mesmo peso e uma escala de 1 a 5, sendo 1 a pontuação mínima e 5 a pontuação máxima. A pontuação foi convertida numa escala de 0 a 100 para avaliar a população na discussão dos resultados. Após a totalização dos escores, a qualidade de vida foi classificada através da tabulação dos dados numa planilha do Excel, desenvolvida por PEDROSO, B e colaboradores. Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para o desenvolvimento da pesquisa, no qual consta a explicação de todas as etapas do estudo, a garantia do anonimato e o direito de retirar o seu consentimento no momento em que desejarem sem prejuízo ao tratamento realizado. Será garantido que a participação no estudo não traga danos morais e físicos. O estudo será realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil clínico dos pacientes foi constituído por homens e mulheres adultos, no pós-operatório.

Analisando os resultados, verificou-se que, de modo geral, levando em conta fatores físicos, psicológicos, das relações sociais e de ambiente, a população estudada obteve uma boa pontuação (Quadro 1).

Foi considerada uma boa pontuação, os valores acima de 60.



Quadro. 1 (Fatores indicadores gerais de qualidade de vida, segundo WHOQOL)

Ne sequencia serão analisados cada um destes tópicos separadamente.

- **Qualidade de vida em geral**

No presente estudo, foi possível observar que após a cirurgia a qualidade de vida da população estudada é considerada boa, tendo em vista que a Auto avaliação da qualidade de vida da população estudada teve uma pontuação de 65,90. (Quadro 2)

De acordo com Castanha e colaboradores (2018) em seu estudo realizado para avaliara qualidade de vida, perda de peso e morbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, conclui-se que a cirurgia bariátrica é um procedimento eficaz no tratamento de obesidade mórbida e no controle das morbidades.

- **Físicos**

Em relação aos fatores físicos, foi observado que a população avaliada possui uma pontuação de 58,8, levando em conta a realização de atividades do seu cotidiano (Quadro 2), tendo também uma boa pontuação quando considerado a disposição física em geral. Em contrapartida, o escore de dor e desconforto foi relativamente baixo, significando uma baixa presença desses sintomas (Quadro 2)

No estudo de REIS e colaboradores (2005), foi analisado a disposição para atividade física no pré e pós-operatório, e houve aumento de 28,6% da prática de atividade física no pós-operatório, o que representa que houve um aumento na disposição dos indivíduos.

- **Psicológicos**

Valores socioculturais têm definido diferentes padrões de beleza ao longo da história. A sociedade ocidental moderna, estimulada por valores individualistas, pelo mercado publicitário da moda e pelos meios de comunicação, assumiu o biotipo ectomorfo, magro, alto e branco, como padrão de beleza, excluindo o diferente e gerando preconceito e sofrimento.

Os indivíduos estudados apresentaram uma boa pontuação levando em conta aspectos psicológicos, como: autoestima, as relações pessoais e a capacidade de trabalhar, enquanto obtiveram uma pontuação média considerando a imagem corporal e aparência. (Quadro 2)

- **Relações sociais**

Nos obesos grau III, a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente, já que o isolamento social é mais significativo, provocado pela sensação de inadequação perante padrões sociais vigentes. (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Já no presente estudo, a população estudada obteve uma boa pontuação levando em conta as relações sociais (Quadro 1). Em geral consideram que suas relações pessoais são boas, que possuem suporte e apoio pessoal. (Quadro 2)

Koloktin e colaboradores (2001) concluíram que a obesidade estava associada à falta da atividade sexual, do desejo sexual, das dificuldades no desempenho sexual e à negativa em ter encontros sexuais. Em relação à atividade sexual, os colaboradores estudados obtiveram uma pontuação média. (Quadro 2)

Segundo Farias e colaboradores (2005) 89% dos pacientes obtiveram resultados favoráveis com a intervenção cirúrgica, visto que houve melhora quanto à autoestima, sociabilidade, condições físicas e disposição ao trabalho. (Quadro 1 e 2)

- **Ambiente**

No estudo apresentado, os voluntários obtiveram pontuação média levando em conta o ambiente físico e recreação e lazer, porém uma boa pontuação quando analisado o ambiente do lar. (Quadro 2)

Pesquisa realizada com mulheres obesas a fim de avaliar o impacto da obesidade em relação à capacidade funcional revelou comprometimento da população estudada nos afazeres diários que compreendiam movimentos da região abdominal, como vestir roupas e amarrar calçados; abaixar-se para pegar objetos do chão executar trabalhos domésticos, como uso de vassoura e rodos

para higiene do ambiente físico (deitar-se e levantar-se da cama, bem como fazer a higiene pessoal, como banhar-se e enxugar-se).(ORSI et al, 2008)

Dessa forma, foi possível perceber, que em relação aos afazeres diários e ambiente do lar, os participantes da pesquisa estão satisfeitos.

- **Fatores negativos**

Foi verificado que fatores negativos foram presentes na população estudada com baixas pontuações, sendo que nesses fatores, quanto menor a pontuação, melhor é considerada.

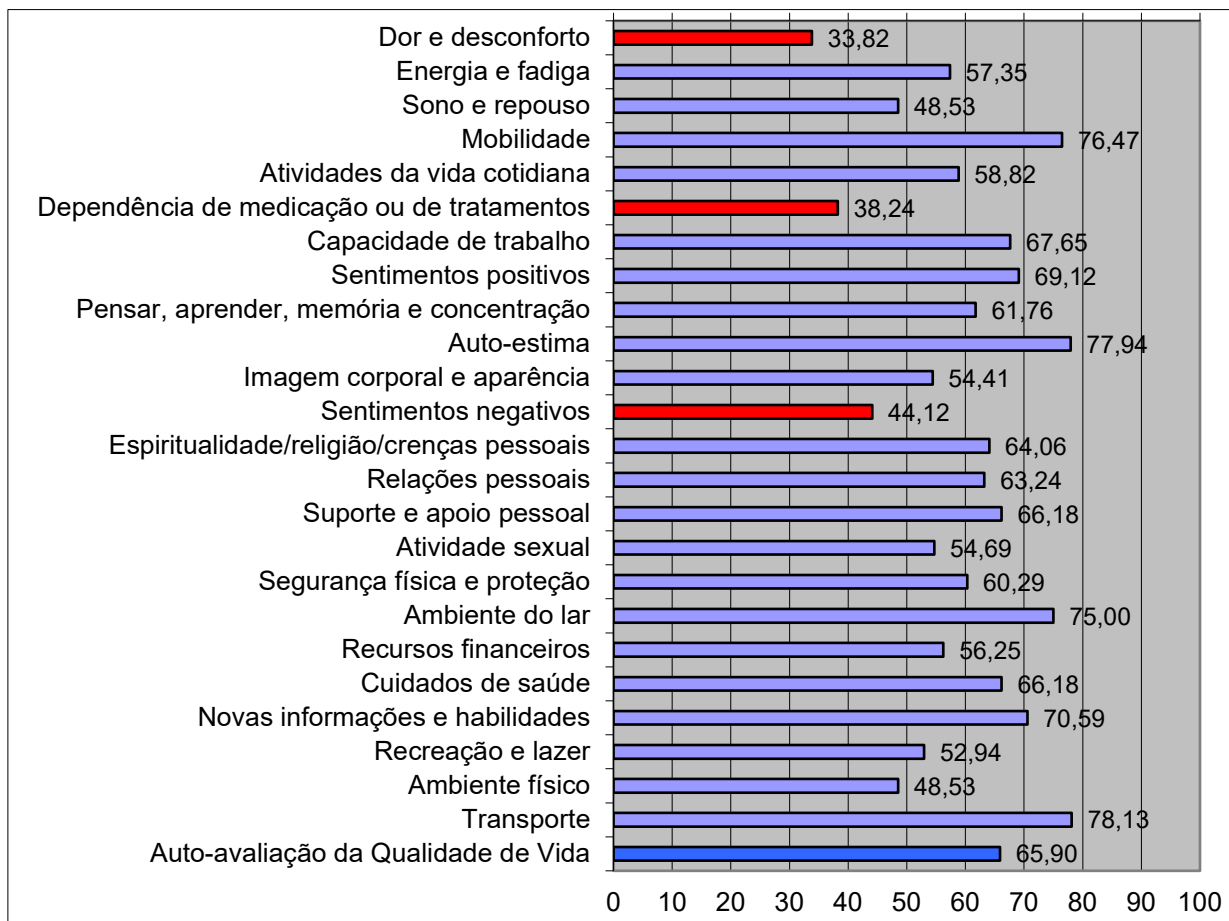
Segundo Almeida, Zanatta e Rezende (2012), mudanças na forma física do corpo podem não ser acompanhadas por mudanças imediatas na imagem corporal, uma vez que as mudanças psicológicas podem ocorrer lentamente, existindo então a possibilidade de que, mesmo com uma perda significativa de peso, ainda persistia uma percepção de imagem corporal de obeso, exigindo uma reestruturação perceptiva.

No presente estudo, foi perceptível que sentimentos negativos estavam pouco presentes nos voluntários estudados. (Quadro 2)

Younes, Rizzoto e Araújo (2017) também revelaram que indivíduos do sexo feminino com obesidade tiveram a aptidão física reduzida quando comparadas com indivíduos com peso adequado e até mesmo com sobrepeso, favorecendo o surgimento de doenças cardiovasculares, dessa forma o consumo de medicamentos e a dependência de tratamentos era obviamente maior.

A população estudada mostrou uma baixa dependência no consumo de medicação e de tratamentos. (Quadro 2)

O comprometimento de movimentos e a dificuldade com determinadas atividades aumenta também as queixas de dores e desconfortos. No estudo apresentado, os pacientes apresentam uma baixa pontuação nesse fator, indicando que dores e desconfortos são pouco presentes na população estudada após a realização da cirurgia bariátrica. (Quadro 2)



Quadro. 2 (Fatores indicadores específicos de qualidade de vida, segundo WHOQOL)

5. CONCLUSÃO

Os cuidados nutricionais, assim como o acompanhamento multiprofissional, são essenciais no pré e pós-operatórios pois garantem que o paciente realize a adequação de nutrientes e calorias para ter uma boa recuperação, preserve massa magra durante o emagrecimento e também minimize problemas como o refluxo, a saciedade precoce, mal-estar, além de readequar o organismo a sua nova realidade.

A cirurgia bariátrica é uma opção válida e uma forma eficaz de tratamento da obesidade mórbida. Os pacientes que a realizam, em sua maioria, apresentam melhoras significativas na saúde, melhorando e curando diversas patologias associadas à obesidade, melhora na autoestima, na capacidade de se relacionar socialmente, melhor disposição para trabalhar, se exercitar, impactando positivamente na qualidade de vida do indivíduo.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. A. et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD arq. bras. cir. dig**, v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.
- ANTONINI, D. R. et al. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Bol Cirur Obes**, v. 2, n. 4, p. 3, 2001.
- BALTASAR A, et al. Cirugía híbrida bariátrica: cruce duodenal en la derivación biliopancreática. **Cir Esp**, v. 59, p. 483-486, 1996.
- BLUME, C. A., et al. Nutritional profile of patients before and after Roux-en-Y gastric bypass: 3-year follow-up. **Obesity surgery**, v. 22, n. 11, p. 1676-1685, 2012.
- CARVALHO, P. S. et al. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, p. 79-85, 2007.
- CASTANHA, Christiane Ramos et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.** [online]. vol.45, n.3, 2018.
- CHOBAN, O. S. et al. Bariatric surgery for morbid obesity: why, when and when what? **Cleve Clin J Med**, v. 69, p. 897-903, 2002.
- CRUZ, M.R.R; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, 2004.
- DAMASO A, TOCK L. **Obesidade - perguntas e respostas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005
- FARIA, O. P. et al. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com Bypass gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. **Brasília méd**, v. 39, n. 1/4, p. 26-34, 2002.
- FARIAS, L. et al. Aspectos nutricionais em mulheres obesas submetidas à gastroplastia vertical com derivação gastro-jejunal em Y-de-Roux. **A dieta, o exercício, o peso e a composição corpórea dos pacientes**, v. 21, n. 2, p. 98-103, 2005.

FILHO, D. R. et al. Avaliação de níveis lipêmicos e glicêmicos pré e pós-cirurgia bariátrica. **Rev Bras Clin Med**, n.7, p.205-210, 2009.

FRANCA, A. P. et al. Fatores associados à obesidade geral e ao percentual de gordura corporal em mulheres no climatério da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3577-3586, Nov. 2018

HYDOCK C. M. A Brief overview of bariatric surgical procedures currently being used to treat the obese patients. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 28, n. 5, p. 217-226, 2005.

KOLOKTIN R. L.; CROSBY, R. D.; KOSLOSKI, K. D.; WILLIAMS, G. R. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res**, v. 9, n. 2, p. 102-111, 2001.

LEAL, C.W., BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul**, v.3, n.29, p.324-327, 2007.

MANCINI, M. C. Noções Fundamentais – Diagnóstico e Classificação da Obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR A. B. ET al. **Cirurgia da Obesidade**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.6, n.45, p.584-606, 2001.

MENEGOTTO, AL.S. et al. Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. **Arq Bras Cir Dig**, p. 117-119, 2013.

MENEZES, M.S.; HARADA, K.O.; ALVAREZ, G. Polineuropatia periférica dolorosa após cirurgia bariátrica. Relato de casos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v. 58, n. 3, p. 252-259, 2008.

MONTEIRO, C. Epidemiologia da obesidade. Em: HALPERN, A. et al. **Obesidade**, São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 15-31.

MORAES, J. da M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. da S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 157-164, Apr. 2014

MORAES, S. A. et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em escolares de área urbana de Chilpancingo, Guerrero, México, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1289-1301, June 2006 .

NOVELLE, J. M.; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **J Bras Psiquiatr**, v. 65, n. 3, p. 262-285, 2016

ORSI, J. V. A. et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 2, p.106-109, abr. 2008.

PEDROSA, I. V., BURGOS, M. G., SOUZA, N. C. MORAIS, C. N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Rev Col Bras Cir**, v.4, n.36, p.316-322, 2009.

RABKIN R. A. Distal gastric bypass and duodenal switch procedure: roux-en-Y gastric bypass and biliopancreatic diversion in a community practice. **Obes Surg**, v. 8, n. 1, p. 53-58, 1998.

REIS, A. C. S. et al. Aspectos psicossociais pré e pós-cirúrgicos do paciente obeso mórbido submetido a gastroplastia redutora. **Rev Horiz Cient**, v. 4, p. 1-19, 2005.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: here, there, and everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 6, p. 633-635, 2003.

SCOPINARO, N. et al. Biliopancreatic diversion. **World J Surg**, v. 22, n. 9, p. 936-946, 1998.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 68-72, 2002 .

SILVA, P. R. B., et al. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 27, p. 35-38, 2014.

SOARES, L. R. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research– BJSCR**, v. 5, n. 1 , p.64-68; 2014

SOCIEDADE Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Consenso Bariátrico**; 2008. [acesso em 15 fev. 2017]. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php

ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco; REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 1, p. 153-160, Apr. 2012

STEYER, N.H., et al. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20 n.3, p.359-366, 2010.

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M. L. F.; ARAÚJO, A. C. F. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. **Saúde Debate**, v. 41, p. 1046-1060, 2017.