



e-ISSN 2446-8118

INTOLERÂNCIA ALIMENTAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS À  
CIRURGIA BARIÁTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE

NUTRITIONAL INTOLERANCE IN THE POSTOPERATIVE OF PATIENTS SUBMITTED TO  
BARIATRIC SURGERY IN A PUBLIC HOSPITAL IN FORTALEZA-CE

INTOLERANCIA ALIMENTARIA EN EL POST-OPERATORIO DE PACIENTES  
SOMETIDOS A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-  
CE

Luana Vieira de Carvalho<sup>1</sup>  
Geruza Maria Bevilaqua Nogueira<sup>2</sup>  
Joselito de Oliveira Neto<sup>3</sup>  
Patrícia Teixeira Limaverde<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a intolerância alimentar em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário contendo questões referentes a dados pessoais, demográficos, socioeconômicos, clínicos e antropométricos, anamnese alimentar e patologias associadas, pré e pós-cirurgia. Para determinar o estado nutricional foi utilizado o cálculo do Índice de Massa Corpórea. **Resultados:** Foi relatada a presença de intolerância alimentar por 80% dos pesquisados. A carne vermelha, doces e/ou açúcares, arroz e a gordura foram os alimentos menos tolerados durante todo o período de pós-operatório. Os sintomas mais relatados foram: náuseas (23,31%), vômitos (21,65%), síndrome de dumping (15%) e disfagia e/ou entalo (13,34%). Não foi encontrada correlação entre o tempo de cirurgia e presença de intolerância e/ou sintomas gastrointestinais. **Conclusão:** O acompanhamento nutricional no pós-operatório é fundamental para evitar carências nutricionais decorrentes da intolerância alimentar e/ou dos sintomas relatados, reforçando o acompanhamento multiprofissional para fortalecer os resultados e a adesão destes ao tratamento.

**DESCRITORES:** Idoso; Cirurgia Bariátrica; Obesidade.

## ABSTRACT

**Objective:** Investigate food intolerance in patients who have undergone bariatric surgery. **Methodology:** A questionnaire containing questions related to personal, demographic, socioeconomic, clinical and anthropometric data, food anamnesis and associated pathologies, before and after surgery was applied. To determine the nutritional status, the calculation of the Body Mass

<sup>1</sup> Nutricionista. Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ce.

<sup>2</sup> Nutricionista. Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ce.

<sup>3</sup> Doutorando em Biotecnologia. Universidade Federal do Ceará. Docente da Faculdade Maurício de Nassau, Fortaleza-Ce.

<sup>4</sup> Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Ciências da Nutrição da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ce.

Index was used. **Results:** The presence of food intolerance was reported by 80% of the respondents. Red meat, sweets and / or sugars, rice and fat were the least tolerated foods during the entire postoperative period. The most commonly reported symptoms were nausea (23.31%), vomiting (21.65%), dumping syndrome (15%) and dysphagia and / or enthalpy (13.34%). No correlation was found between the time of surgery and the presence of intolerance and / or gastrointestinal symptoms. **Conclusion:** The nutritional monitoring in the postoperative period is fundamental to avoid nutritional deficiencies due to food intolerance and / or symptoms reported, reinforcing multiprofessional follow-up to strengthen the results and their adherence to treatment.

**DESCRIPTORS:** Elderly; Bariatric Surgery; Obesity.

## RESUMEN

**Objetivo:** Investigar la intolerancia alimentaria en pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica. **Metodología:** Se aplicó un cuestionario que contenía cuestiones relativas a datos personales, demográficos, socioeconómicos, clínicos y antropométricos, anamnesis alimentaria y patologías asociadas, pre y post-cirugía. Para determinar el estado nutricional se utilizó el cálculo del Índice de Masa Corpórea. **Resultados:** Se ha reportado la presencia de intolerancia alimentaria por el 80% de los encuestados. La carne roja, dulces y / o azúcar, arroz y la grasa fueron los alimentos menos tolerados durante todo el período post-operatorio. Los síntomas más relatados fueron: náuseas (23,31%), vómitos (21,65%), síndrome de dumping (15%) y disfagia y / o entalo (13,34%). No se encontró correlación entre el tiempo de cirugía y la presencia de intolerancia y / o síntomas gastrointestinales. **Conclusión:** El seguimiento nutricional en el postoperatorio es fundamental para evitar carencias nutricionales derivadas de la intolerancia alimentaria y / o de los síntomas relatados, reforzando el acompañamiento de multiprofesionales, para fortalecer los resultados y la adhesión de éstos al tratamiento.

**DESCRIPTORES:** Ancianos; Cirugía bariátrica; Obesidad.

## INTRODUÇÃO

A obesidade, doença crônica e complexa, relaciona-se ao processo indesejável de balanço energético positivo, ocasionando o ganho de peso ou ainda aumento exagerado de gordura generalizada ou localizada por excesso de ingestão calórica, que se relaciona a prejuízos na saúde do indivíduo<sup>1,2</sup>. Essa é considerada um grave problema de saúde pública, cruza limites ético-culturais e transforma-se em epidemia<sup>3,4</sup>.

Mais de 1 bilhão de adultos no mundo têm excesso de peso e destes, mais de 300 milhões são obesos<sup>5</sup>. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2002 e 2003, 8,9% de indivíduos do sexo masculino e 13,1% do sexo feminino apresentavam obesidade, representando 10,5 milhões da população total de brasileiros com obesidade<sup>6</sup>.

Vários são os tratamentos realizados e estudados para tratar essa doença e garantir a

perda e manutenção do peso. Contudo, o tratamento clínico e nutricional, dietas de reeducação alimentar, atividade física e medicamentos não apresentam resultados significativos em longo prazo, e a cirurgia bariátrica surge, atualmente, como a ferramenta mais eficaz no controle e tratamento da obesidade grave, trazendo além da perda e manutenção de peso, benefícios como: melhora das comorbidades e qualidade de vida<sup>7</sup>.

Esse tratamento cirúrgico é indicado para indivíduos maiores de 18 anos com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 kg/m<sup>2</sup> ou acima de 35 kg/m<sup>2</sup>, na presença de comorbidades, doenças crônicas agravadas pela obesidade e com insucesso nos tratamentos anteriores<sup>4,7</sup>.

Apesar de a cirurgia ter resultados satisfatórios no que se refere à qualidade de vida do obeso mórbido, também pode, por outro lado, trazer morbidades no período pós-operatório, observando-se: intolerância alimentar, infecções, deiscência, estenose de

estômago, tromboflebite e outros<sup>8</sup>. Assim, com o aumento do número de cirurgias como forma de tratamento da obesidade mórbida, passaram a existir casos de complicações gastrointestinais com repercussões nutricionais, sendo as mais frequentes: Síndrome de Dumping, deficiências de vitaminas e minerais, náuseas e vômitos, infecções, estenose, ulceração, hemorragia e morte pós-operatória<sup>9</sup>.

Nesse contexto é indispensável uma conduta nutricional específica devido às alterações fisiológicas provocadas pela cirurgia e a ocorrência de intolerância alimentar, sendo de fundamental importância a identificação dos alimentos que provocam esta complicação para que os pacientes possam ser orientados de forma adequada, a fim de promover melhor evolução dietética e melhor qualidade de vida<sup>8</sup>.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo investigar a intolerância alimentar em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, atendidos no ambulatório de um hospital da rede pública de Fortaleza, a fim de garantir maior amplitude de conhecimentos na área e auxiliar na viabilidade de uma intervenção nutricional adequada, potencializando a adesão e os resultados deste tratamento.

## METODOLOGIA

O estudo é do tipo transversal, descritivo e quantitativo, visando avaliar a intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que fazem acompanhamento no ambulatório de nutrição da unidade de cirurgia bariátrica e metabólica no Hospital Geral Dr. César Cals, entidade que atua no serviço público de saúde atendendo a população proveniente da capital e do interior do Estado do Ceará.

Para definição da população, foram contabilizados os pacientes com idade entre 18 e 60 anos que realizaram cirurgia bariátrica no hospital em questão, excluindo-se aqueles que apresentaram outras condições de intolerância alimentar que não fossem diretamente ligadas à cirurgia, falecidos e

residentes no interior. Assim, chegou-se a população total de 73 pacientes.

A amostra foi calculada de forma aleatória simples sem reposição, usando-se a fórmula elaborada por Cochran (1977), com valor de erro máximo de 10%, visando à análise do comportamento da população total e conclusões em torno do objetivo proposto<sup>(10)</sup>, obtendo-se uma amostra de 35 pacientes de ambos os sexos. Vale ressaltar que todos os cálculos e informações utilizadas para obter essa amostra foram auxiliados pelo software estatístico R 2.11.0.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2010, com aplicação de um questionário semi-estruturado pré-testado, direcionado a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, contendo questões referentes a dados pessoais, dados demográficos e sócio-econômicos, dados clínicos e antropométricos, anamnese alimentar e comorbidades associadas, antes e após a cirurgia, com entrevistas realizadas após a consulta semanal dos pacientes no ambulatório e através de telefonemas.

Para determinação do estado nutricional foram utilizadas medidas de peso e estatura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), classificando o indivíduo segundo parâmetros da OMS, 1998<sup>2</sup>. Além disso, foram avaliados: a presença de intolerâncias, sintomas alimentares, atividade física e o estado nutricional (antes e depois da cirurgia).

O presente estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral César Cals, sob protocolo de nº 376/09 e respeitou todos os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>11</sup>. Os participantes do estudo concordaram em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A população em estudo foi composta por 35 pacientes, dos quais 82,86% (n=29) eram do sexo feminino e 17,14% do sexo masculino (n=6), compreendendo faixa etária

de 18 a 59 anos, prevalecendo os indivíduos com idade inferior a 40 anos, 54,29% (n=19), de 40 a 50 anos, 25,71% (n=9) e mais de 50 anos, 20% (n=7).

Nos dados sócio-econômicos, observou-se que o grau de instrução com maior proporção foi o Ensino Médio Completo 51,43% (n=18), Ensino Superior 25,71% (n=9), Ensino Fundamental 20% (n=7) e Alfabetizado 2,86% (n=1). A maioria da população 54,29% (n=19), possuía renda familiar mensal inferior a 2 salários mínimos, 20% (n=7) de 2 a 3 salários, 17,14% (n=6) não possuíam renda, 5,71% (n=2) possuíam de 3 a 5 salários e 2,86% (n=1) possuía mais de 5 salários. A maioria dos pacientes não possuía vícios 94,29% (n=33) enquanto que 5,71% (n=2) possuíam álcool como vício.

Quanto ao estilo de vida, 60% (n=21) afirmaram que praticavam algum tipo de atividade física, enquanto 40% (n=14) não praticavam nenhuma atividade física. Com relação ao tipo de atividade física, 49,99% (n=16) mencionaram fazer caminhada, seguindo de musculação 12,50% (n=4), hidroginástica 9,38% (n=3), bicicleta 6,25% (n=2), esteira 6,25% (n=2), dança 6,25% (n=2), natação 6,25% (n=2) e aeróbica 3,13% (n=1). É importante mencionar que alguns pacientes pesquisados relataram praticar mais de um tipo de atividade física na semana.

Com relação à frequência da prática de atividade física, 46,87% (n=15) exercitavam-

se mais de 4 vezes por semana, 31,25% (n=10) de 2 a 3 vezes por semana e 21,88% (n=7) de 1 a 2 vezes por semana. Com relação ao tempo dedicado à prática de atividade física, 56,25% (n=18) praticavam atividade entre 1/2 a 1 hora, 28,12% (n=9) praticavam de 1 a 2 horas, 12,50% (n=4) praticavam menos de 1/2 hora e 3,13% (n=1) praticavam mais de 2 horas.

Na amostra estudada, o tempo médio de pós-operatório analisado foi de  $15,91 \pm 17,10$  meses (Tabela I), em que 33,33% tinham de 6 a 12 meses de pós-cirúrgico, 28,34% mais de 24 meses, 24,99% de 12 a 24 meses e 13,33% menos de 6 meses.

Em relação ao estado nutricional, no pré-operatório, observou-se peso e IMC elevados, dentro dos padrões estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), como indicação para a cirurgia<sup>12</sup>. Com relação ao peso antes da cirurgia, observou-se uma média de 118,82 kg e IMC de  $46,13 \text{ kg/m}^2$ . Analisando o peso atual, identificou-se média de 82,56 kg e IMC atual de  $32,05 \text{ kg/m}^2$  para ambos os sexos (Tabela I). Foi realizado o teste T para comparar se as médias de cada quesito dentro dos sexos eram iguais, e para todas as variáveis foi constatado que, os sexos são diferentes. Assim, não existe diferença significativa entre os sexos para cada quesito analisado.

Tabela I – Médias das variáveis antropométricas por sexo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Fortaleza, Fevereiro – Abril, 2010.

Variáveis	Média		
	Masculino	Feminino	Total
Tempo de cirurgia (meses)	$17,24 \pm 18,38$	$9,50 \pm 6,09$	$15,91 \pm 17,10$
Peso anterior a cirurgia (Kg)	111,47	154,33	118,82
Estatura (metros)	1,58	1,70	1,60
IMC anterior à cirurgia	44,66	53,20	46,13
Peso atual (Kg)	78,68	101,30	82,56
IMC atual	31,46	34,92	32,05

Fonte: Pesquisa direta.

Verificou-se ainda que no pré-cirúrgico 85,71% dos pacientes apresentavam

obesidade grau 3, dos quais 68,57% (n=24) eram mulheres e 17,14% (n=6) eram homens,

14,29% dos pacientes apresentavam obesidade grau 2. Por outro lado, no pós-cirúrgico, 54,28% dos pacientes apresentaram

obesidade grau 1, com 39,99% (n=14) de mulheres e 14,29% (n=5) homens (Tabela II).

**Tabela II** – Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Fortaleza classificados por estado nutricional anterior à cirurgia e atual, segundo sexo, Fortaleza, Fevereiro – Abril / 2010.

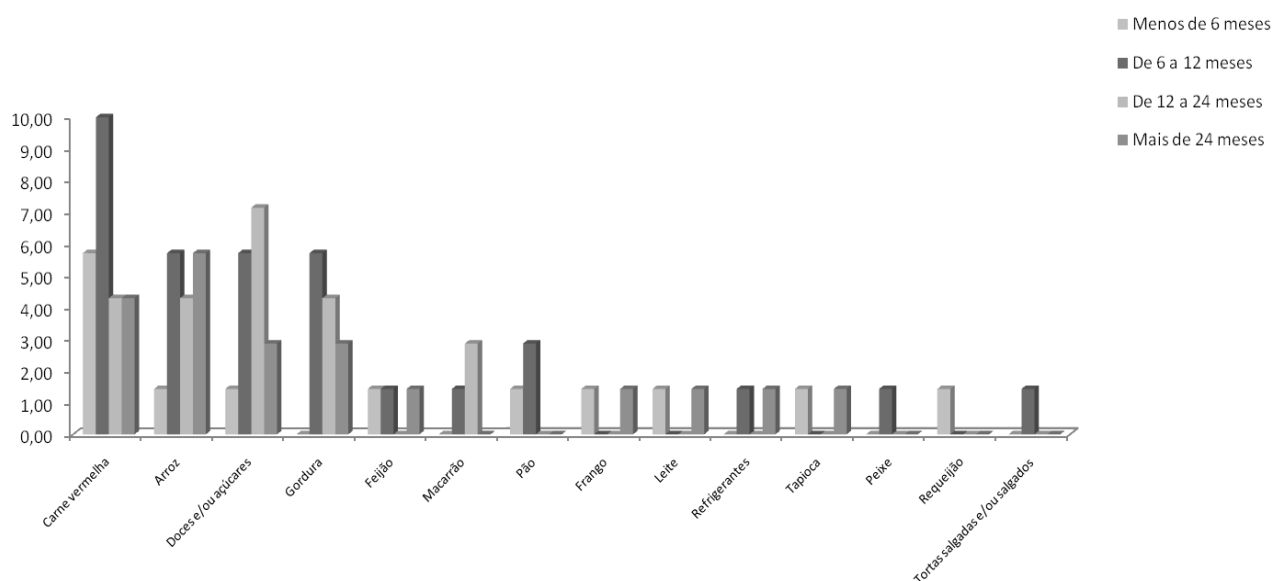
Estado Nutricional	Anterior à cirurgia						Após à cirurgia					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%
Eutrófico							1	2,86			1	2,86
Sobrepeso							8	22,86			8	22,86
Obesidade de grau 1							14	39,99	5	14,29	19	54,28
Obesidade grau 2	5	14,29	0	0,00	5	14,29	3	8,57			3	8,57
Obesidade grau 3	24	68,57	6	17,14	30	85,71	3	8,57	1	2,86	4	11,43
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>82,86</b>	<b>6</b>	<b>17,14</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>29</b>	<b>82,85</b>	<b>6</b>	<b>17,15</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

33

Fonte: Pesquisa direta.

A intolerância alimentar ocorreu em 80% da população, sendo 65,71% (n=23) no sexo feminino e 14,29% (n=5) no sexo masculino. Com relação aos pacientes que não têm intolerância ocorreu em 20% da população, sendo 17,14% (n=6) no sexo feminino e 2,86% (n=1) no sexo masculino, não apresentando uma diferença significativa entre os sexos (p=0,83).

Os alimentos menos tolerados foram carne vermelha (24,28%), doces e/ou açúcares (17,14%), arroz (17,14%) e gordura (12,86%), conforme é demonstrado na Figura 1. O valor de p=0,18 mostra que a intolerância e o tempo de cirurgia não têm diferença significativa, não existindo correlação.



**Figura 1** – Alimentos que provocam intolerância em pacientes que realizaram cirurgia bariátrica classificados por tempo de cirurgia – Fortaleza, Fevereiro-Abril, 2010.

Fonte: Pesquisa direta.

Referindo-se aos sintomas ocorridos por tempo de cirurgia, os mais relatados foram: náuseas (23,31%), vômitos (21,65%), síndrome de dumping (15,00%), disfagia e/ou entalo (13,34%). É verificado que de 12 a 24

meses, o vômito (8,32%) é o sintoma mais frequente. Já com o tempo de cirurgia de 6 a 12 meses e mais de 24 meses, náuseas e vômitos (6,66%) são os sintomas mais frequentes (Tabela III).

**Tabela III** – Sintomas de intolerância dos pacientes que fizeram cirurgia bariátrica, classificados por tempo de cirurgia Fortaleza, Fevereiro – Abril, 2010.

Sintomas	Tempo de cirurgia									
	Menos de 6 meses		De 6 a 12 meses		De 12 a 24 meses		Mais de 24 meses		Total	
	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%	Qtde.	%
Náuseas	2	3,33	4	6,66	4	6,66	4	6,66	14	23,31
Vômitos			4	6,66	5	8,32	4	6,66	13	21,65
Dumping	2	3,33	3	5,00	1	1,67	3	5,00	9	15,00
Disfagia e/ou entalo	3	5,00	1	1,67	3	5,00	1	1,67	8	13,34
Empachamento			3	5,00			1	1,67	4	6,67
Diarréia	1	1,67	2	3,33					3	5,00
Constipação					1	1,67	1	1,67	2	3,34
Distensão abdominal			1	1,67					1	1,67
Pirose							1	1,67	1	1,67
Refluxo							1	1,67	1	1,67
Síncope			1	1,67					1	1,67
Sudorese			1	1,67					1	1,67
Suor frio e pressão baixa					1	1,67			1	1,67
Tontura							1	1,67	1	1,67
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>13,33</b>	<b>20</b>	<b>33,33</b>	<b>15</b>	<b>24,99</b>	<b>17</b>	<b>28,34</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa direta.

Os alimentos relatados que provocaram um maior percentual de sintomas são: carne vermelha (18,36%), doces e/ou açúcares (18,34%), arroz (16,49%) e gordura (15,57%). Dentre estes, pode destacar que o

arroz mostra um maior percentual dos pacientes que tiveram como sintoma náuseas com 6,41%. Já os alimentos que provocaram um maior percentual de vômitos são o arroz e a gordura com 5,49% (Tabela IV).

Tabela IV – Percentual dos sintomas de intolerância classificados por alimentos que provocam intolerância – Fortaleza, Fevereiro – Abril, 2010.

Sintomas	Alimento													
	Refrigerantes	Tortas salgadas e/ou salgados	Doces e/ou açúcares	Gordura	Carne vermelha	Carne de frango	Feijão	Tapioca	Arroz	Requeijão	Pão	Leite	Macarrão	Peixe
Náuseas			4,59	5,49	4,59	0,92	0,92	0,92	6,41	0,92	1,83	0,92	0,92	
Vômitos			3,67	5,49	4,59	0,92			5,49				1,83	0,92
Disfagia			1,83		4,59	0,92	0,92		2,75	0,92	0,92		0,92	
Dumping		0,92	5,49	2,75	0,92			0,92						
Empachament				0,92	1,83								0,92	
Constipação		0,92	0,92	0,92	0,92									
Diarréia			0,92		0,92							0,92		
Distensão	0,92													
Pirose														
Refluxo	0,92													
Síncope		0,92												
Sudorese											0,92			
Suor frio e			0,92											
Tontura														
<b>Total</b>	<b>1,84</b>	<b>2,76</b>	<b>18,34</b>	<b>15,57</b>	<b>18,36</b>	<b>2,76</b>	<b>2,76</b>	<b>1,84</b>	<b>16,49</b>	<b>0,92</b>	<b>3,67</b>	<b>2,76</b>	<b>4,59</b>	<b>0,92</b>

Fonte: Pesquisa direta.

Após os cálculos estatísticos para a correlação entre o tempo de cirurgia e presença de intolerância e/ou sintomas gastrointestinais, não se observou associação significativa.

## DISCUSSÃO

Pelos resultados, pode-se identificar que a procura pela cirurgia bariátrica foi maior pelas mulheres adultas de 30 a 40 anos. A maior frequência de mulheres que passaram pelo procedimento cirúrgico pode ser explicada por questões sociais, dificuldades de locomoção, mobilidade e de acesso aos diversos ambientes<sup>4</sup>. As pesquisas evidenciam que os fatores como: estética, bem-estar físico e psicológico, melhoria da qualidade de vida, satisfação familiar e possibilidade de maior socialização levam a maior procura pela cirurgia<sup>13</sup>. A literatura mostra que existe maior prevalência de obesidade no sexo feminino<sup>14</sup>, fator importante na determinação deste aspecto.

O resultado da escolaridade dos pacientes entrevistados demonstra que houve um predomínio de indivíduos com ensino médio completo. É notório em outras pesquisas que o público que procura tal procedimento possui adequado nível de escolaridade<sup>14,15</sup>.

Ao se analisar pela ótica da renda familiar, a pesquisa revela que mais da metade dos participantes ganham até dois salários. De fato, os pacientes que procuram o procedimento cirúrgico no serviço público são muitas vezes indivíduos de baixo perfil sócio-econômico, o que fundamenta os dados coletados por esta pesquisa<sup>(16)</sup>. Relacionando-se o estudo em questão com as informações do Anuário Estatístico do Ceará para os anos 2006/2007, observa-se que o nível de renda identificado é similar ao perfil de renda familiar do estado, concentrando-se na faixa de 1 a 2 salários mínimos<sup>17</sup>.

Quanto à prática de atividade física, constatou-se que a maioria dos pacientes praticava algum exercício, com predominância maior para caminhada e musculação, seguindo as recomendações

estabelecidas após o período de recuperação da cirurgia bariátrica. Dessa forma, são de fundamental importância os estímulos à prática de exercícios junto ao tratamento cirúrgico e dietético, sendo fator essencial para o controle e manutenção do peso e da gordura corporal<sup>18</sup>.

Com relação ao IMC houve uma redução do pré-operatório de 46,13 kg/m<sup>2</sup> para o pós-operatório de 32,05 kg/m<sup>2</sup>, tomando como base a amostra em estudo. Essa informação foi constatada por outras pesquisas da área que afirmaram uma redução no IMC após gastroplastia de 50,36 kg/m<sup>2</sup> para 35,47 kg/m<sup>2</sup> em um ano<sup>19</sup> e outros estudos avaliaram obesos americanos, constando uma redução de 42,7 kg/m<sup>2</sup> para 30,5 kg/m<sup>2</sup>, também em um ano<sup>12,20</sup>.

Ao se verificar as intolerâncias alimentares, observadas no presente estudo é identificado que 80,00% (n=28) dos pacientes pesquisados apresentaram intolerância no pós-operatório, principalmente à carne vermelha, doces e/ou açúcares, arroz e gordura, que é citado também em outros trabalhos. Há presença de intolerância alimentar à carne e doces, mesmo após dois anos de pós-operatório. Numerosos outros alimentos são descritos, com menor frequência e durante estágios específicos do pós-operatório, relatando a importância significativa do acompanhamento nutricional<sup>4</sup>.

Ressalta-se ainda a necessidade de averiguar quanto à ingestão de carnes, devido à constante intolerância a esse alimento, verificada na prática clínica. O paciente é orientado quanto à possibilidade de ocorrer intolerância à carne vermelha, com menos frequência, arroz ou pão<sup>21</sup>. Há relatos na literatura também da ocorrência de intolerância à carne vermelha e ao leite, levando ao aparecimento de sintomas como: mal-estar e náuseas. A experiência negativa com o alimento faz com que os pacientes tenham medo de ingeri-lo novamente, adiando a sua introdução<sup>22</sup>. Neste estudo, a intolerância a carne vermelha foi verificada como o principal causador da intolerância alimentar ao longo de todo o pós-operatório,



atingindo cerca de 4,28% dos pacientes submetidos à cirurgia.

Nesse estudo a intolerância aos doces e/ou açúcares encontra-se em 17,14% ao longo de todo o pós-operatório. Segundo estudo prévio, 70% dos pacientes submetidos à cirurgia apresentaram intolerância aos doces, caracterizando os doces como os principais causadores da intolerância alimentar, o que não foi verificado nesta pesquisa<sup>4</sup>.

Com relação ao arroz, 17,14% dos pacientes pesquisados relataram apresentar intolerância, observado em outros estudos, mostrando que a tolerância alimentar modifica entre os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica e dentre os alimentos mais relatados como de difícil aceitação e digestão, estão os alimentos de consistência fibrosa, seca e gordurosa como: carnes, pão, arroz e vegetais crus<sup>23</sup>.

Dentre os sintomas mais relatados pelos indivíduos estudados, mostra-se que náuseas, vômitos, síndrome de dumping e disfagia são os que aparecem com maior frequência. Estudo anterior descreve que nas primeiras semanas de pós-operatório, as reclamações mais frequentes são náuseas e vômitos<sup>24</sup>, o que condiz com os resultados encontrados por esse estudo. Em determinado estudo acompanharam 149 pacientes, dos quais 48,9% apresentaram vômitos principalmente no 2º mês de pós-operatório, coincidindo com a ingestão de alimentos de consistência normal, descrevendo que o vômito aconteceu com maior frequência, quando houve a ingestão de carne e arroz<sup>25</sup>.

A síndrome de dumping apresentou prevalência significativa durante todo o período do pós-operatório, exceto no período de 12 a 24 meses, com frequências mais significativas de 6 a 12 meses e mais de 24 meses. Este sintoma apresentou maior prevalência até o sexto mês, voltando a aumentar após 24 meses, comprovando semelhanças com dados encontrados nesta pesquisa. Para evitar este sintoma relacionado com as alterações absorptivas secundárias à derivação intestinal, os pacientes devem ser orientados em relação ao consumo de alimentos ricos em sacarose<sup>4</sup>.

As principais deficiências nutricionais após o tratamento cirúrgico da obesidade são a deficiência de proteínas que ocorre pela diminuição da ingestão de alimentos ricos em proteínas por intolerância a esses alimentos, persistência de vômitos e má-absorção de nutrientes. É comum ocorrer deficiência de vitamina B12, vitamina B1(tiamina), ferro, cálcio e vitaminas A, D, E, K e zinco após as cirurgias bariátricas. Sequelas irreparáveis no pós-operatório podem ser causadas pelas deficiências de vitaminas e minerais se não forem corrigidas com suplementação por medicamentos orais ou injetáveis continuamente<sup>26</sup>.

Os sintomas observados são descritos pela literatura como comuns no pós-operatório e precisam de acompanhamento. Suas causas incluem a intolerância a alimentos, a superalimentação e a baixa adesão ao tratamento<sup>4</sup>.

## CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica é considerada o mais efetivo tratamento para a redução do peso e manutenção dessa perda em indivíduos com obesidade grave, verificando-se como o procedimento mais realizado em todo o mundo, promovendo um estado de satisfação e melhora da qualidade de vida.

A intolerância alimentar encontra-se no pós-operatório, principalmente no primeiro ano. Esta pode ser decorrente das adaptações do organismo à nova capacidade gástrica, às mudanças do sistema gastrointestinal e a capacidade do paciente de se adaptar a sua nova condição, não demonstrando tempo determinado e alternando de pessoa para pessoa. Com o passar do tempo de pós-operatório, ela tende a atenuar.

O acompanhamento nutricional no pós-operatório é fundamental para evitar carências nutricionais e ajustar erros alimentares antes e após a cirurgia, além do acompanhamento por uma equipe com todos os profissionais de saúde para fortalecer os resultados e a adesão destes ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Bray GA. Obesidade. In: Fauci ASS, Brawald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison medicina interna. 14 ed. Rio de Janeiro: Macgraw Hill; 1998: 483-491.
2. World Health Organization (WHO). Report of a WHO consultation on obesity. In: Obesity – preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998.
3. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos – cirúrgicos e psiquiátricos. Rev. de Psiquiatria, Rio Grande do Sul, 2004. 26(1): 47, jan./abr.
4. Quadros MRR, Filho AJB, Zacarias JA. Intolerância Alimentar nos pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 2007. 22(1): 15-19.
5. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Dissertação – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Acta Paul Enferm. 2009. 22(1): 55-9.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de pesquisas, Coordenação de índices de preços. Pesquisa de orçamentos Familiares 2002-2003. [online]. Disponível em <http://ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãodevida/pof/2002/default.shtm>
7. ASMBS - American Society For Metabolism and Bariatric Surgery. Consensus Conference Statement Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. 2007. [online] [acesso em 2010 Maio 6]. Disponível em: [www.asbs.org](http://www.asbs.org)
8. Modesto PC, Paula PB. Saúde Alimentar: abordagem nutricional na cirurgia bariátrica. São Paulo. Rev. Einstein: educ. contin. saúde, 2008. 199-200.
9. Abell TL, Minocha A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: diagnosis and therapy. Am J Med Sci, 2006. 331 (4): 214-8, abr.
10. Cochran, W. (1977). Sampling Techniques. 3ª ed. Wiley, New York.
11. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Fundamenta-se nos princípios documentos internacionais que emanaram declarações de diretrizes sobre pesquisa que envolvem seres humanos. Resolução 196/96, de 14 de janeiro de 1987. Lex: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Brasília.
12. Santos EMC, Burgos MGPA, Silva SA. Perda ponderal após cirurgia bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do nordeste brasileiro. Artigo Original, 2 de junho de 2006.
13. Agra G. Vivência de mulheres submetidas à gastroplastia. Dissertação de Mestrado Enfermagem. Programa de pós-graduação da CAPES, 2008.
14. Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. Avaliação psicológica. 2008. 7(2): 235-247.
15. Porto MCV, Brito ADF, Amoras M, Villela NB, Araújo LMB. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um Hospital Universitário de Salvador: Bahia. Arq Bras Edocrinol Metab. 2002. 46(6): 668-673.
16. Herpetz, S,kielmann R, Wolf AM, Heberbrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. International Journal of Obesity. 2003. 27: 1300-1314.
17. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Anuário estatístico do Ceará 2006/2007. [Acesso em Maio 8 2010]. Disponível em: [http://www.ipece.ce.gov.br/publicações/anuário\\_2006/anuário\\_2006\\_2007/demografia/tabelas/famílias/6.02.xls](http://www.ipece.ce.gov.br/publicações/anuário_2006/anuário_2006_2007/demografia/tabelas/famílias/6.02.xls)

18. Ravelli MN, Merhi VAL, Mônico DV, Aranha N. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. 2007. 20(4): 259-266.

19. Velasco MN, Haberie TS. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Rev. chil. cir. 2003. 55(2): 155-159.

20. Von Mach MA, Stoeckli R, Bilz S, Kraenzlin M, Langer I, Keller U. Changes in bone mineral content after surgical treatment of morbid obesity. Metabolism. 2004. 53 (7): 918-21.

21. Cruz MRR, Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Rev. Nutr Campinas. 2004. 17(2): 263-277.

22. Nelson JK, Gastineau CF, Moxness KE. Mayo clinic diet manual: a handbook of nutrition practices. Missouri: Mosby. 1994. 195-205.

23. Valezi AC, Brito SJ, Junior JM, Brito EM. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos submetidos à derivação gástrica com bandagem em y – de – roux: comparação entre homens e mulheres. Rev. Col. Brás Cir, 2008.

24. Pessina A, Andreoli M, Vassallo C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. Obes Surg. 2001. 11(4): 459-63.

25. Mottin CC, et al. Tolerância alimentar no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica: um estudo de 149 pacientes obesos mórbidos. Bol Cirurgia da Obes. 2002. 3(3): 45.

26. Magro DO. Cirurgia bariátrica e deficiências alimentares. [online] [acesso em 2010 Maio 20]. Disponível em: <http://www.walterminicucci.com.br/cirurgia-bariatrica-e-deficiencias-alimentares>

Recebido em: 14.12.2017  
Aprovado em: 14.04.2018