

## **AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE OBESOS MÓRBIDOS ANTES E APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA - ESTUDO DE 10 CASOS<sup>1</sup>**

*EVALUATION ON THE EATING HABITS OF SEVERE  
OBESE PEOPLE BEFORE AND AFTER THE STOMACH  
SURGERY - A STUDY OF 10 CASES*

**Luciana Dapieve Patias<sup>2</sup>  
Marília Cechella<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

A obesidade mórbida é uma doença crônica, caracterizada por um acúmulo excessivo de gordura no corpo em grandes proporções, podendo trazer séria ameaça à vida do paciente. O objetivo, neste trabalho, foi a avaliação dos hábitos alimentares de um grupo de 10 obesos mórbidos antes e após o tratamento cirúrgico para a redução de peso. Foram entrevistados 10 pacientes portadores de obesidade mórbida, submetidos à gastroplastia para redução de peso, no período de 2000 a 2002, no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), em Santa Maria-RS. Os dados pré-operatórios sobre sexo, idade, peso e índice de massa corporal (IMC) foram obtidos dos prontuários clínicos dos pacientes. Para a investigação dos seus hábitos alimentares antes e após a cirurgia bariátrica, utilizou-se um questionário semi-estruturado, aplicado na residência de cada paciente. Os 10 pacientes obesos mórbidos estudados tinham hábitos alimentares bastante inadequados, antes de optarem pela cirurgia e tinham consciência disso, embora poucos tenham procurado auxílio do nutricionista. Muitos mostravam desconhecimento sobre a pirâmide alimentar e poucos tinham noção de que o tratamento não finalizaria com a cirurgia. Embora quase todos tenham cumprido o plano alimentar elaborado pelo nutricionista, muitos tiveram dificuldades para adaptar-se aos novos hábitos alimentares após a cirurgia. Tais resultados permitem concluir que o maior desafio do nutricionista no manejo de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica foi implementar novos hábitos alimentares, para corrigir condutas inadequadas de longa data.

**Palavras-chave:** obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, hábitos alimentares, nutrição.

<sup>1</sup> Trabalho Final de Graduação - TFG.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Nutrição - UNIFRA.

<sup>3</sup> Orientadora - UNIFRA.

## ABSTRACT

The severe obesity is a chronicle disease, characterized by the excessive accumulation of fat in the body, which may bring a serious threat to the patient's life. The goal, in this paper, was the evaluation of the eating habits of a group of ten severely obese before and after the surgery for weight reduction. Ten patients were interviewed, submitted to gastric plastic for weight reduction between 2000 and 2002, at Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, in Santa Maria-RS. The pre-surgery data about sex, age, weight, and corporal mass index were got from the promptuary. For the investigation of their eating habits before and after the stomach surgery, a semi-structured questionnaire was used, applied in the house of each patient. The ten patients studied had eating habits very inadequate, before having the surgery and were totally aware of that, although just a few had looked for the help of a nutritionist. Many were unfamiliar with the food pyramid and few were unaware that the treatment would not end with the surgery. Although almost all of them have fulfilled the eating plan elaborated by the nutritionist, many had difficulties to get used to the new eating habits after the surgery. Such results allow us to think that the nutritionist's biggest challenge in dealing with the severely obese who have undertaken this kind of surgery was to implement new eating habits, to correct long-time inadequate habits.

**Keywords:** severe obesity, stomach surgery, eating habits, and nutrition.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma das doenças que mais cresce no mundo e contribui para um grande número de problemas de saúde (MOKDAK *et al.*, 1999). É definida como um excesso do acúmulo de gordura no corpo (MAHAN & STUMP, 1998) e, quando este acúmulo atinge grandes proporções, passa a ser chamada de obesidade mórbida. A denominação mórbida é utilizada para frisar a gravidade da condição, passível de ameaçar a vida do paciente (LEITE, 1996). É uma doença de origem multifatorial, com base genética e metabólica, agravada pela exposição a fatores ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados ao sedentarismo e a fatores demográficos (sexo, idade, raça).

Várias doenças, como diabete melito tipo 2, hipertensão arterial, hiperlipidemias, doenças coronarianas, doenças articulares, apnéia do sono, insuficiência respiratória e cardíaca, além de diversas formas de câncer, têm elevada prevalência entre os obesos (DIXON & O'BRIEN, 2002) e o controle de tais doenças sem redução do peso torna-se extremamente

complicado (DRENICK *et al.*, 1980). Além disso, elas são as principais responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade e pela diminuição da expectativa de vida, constituindo os principais motivos da necessidade de controle de peso. Assim, os pacientes com obesidade mórbida devem ser encarados como portadores de uma doença séria que requer abordagens eficientes para promover uma perda de peso definitiva.

As várias iniciativas de tratamentos clínicos, na obesidade mórbida (dietas, medicamentos, psicoterapia e *spas*), têm sido eficazes apenas num pequeno número de casos. Na maioria das vezes, após algum emagrecimento, o indivíduo volta a engordar. Portanto, para muitos indivíduos com obesidade mórbida, o tratamento cirúrgico representa o único método de perda de peso eficaz e duradoura (WYSS *et al.*, 1995). O impacto na sociedade, as repercussões na qualidade e a diminuição no tempo de vida dessas pessoas são razões mais do que suficientes para justificar uma intervenção cirúrgica para amenizar o problema. Além do resultado estético do emagrecimento, os resultados do tratamento cirúrgico são expressivos, com resolução ou melhora das doenças associadas (BROLIN, 1996).

Embora de causa multifatorial, os hábitos alimentares contribuem, significativamente, para o surgimento da obesidade, pois alimentos ricos em gorduras, proteínas, energéticos estão presentes na vida cotidiana dos grandes centros urbanos, estimulados pela presença de serviços de refeições rápidas (*fast foods*), bufês, lanches e pela “pressa” das pessoas. Também a mudança de hábitos de vida, a diminuição do tempo para realizar atividades físicas fazem com que o indivíduo apresente tendência a engordar. Há, em consequência, um excesso de ingestão em relação ao gasto energético, ocorrendo um aumento da sobra de energia sob a forma de gordura, traduzindo-se em aumento de peso corporal.

O objetivo, no trabalho, é avaliarem-se os hábitos alimentares de um grupo de obesos mórbidos, antes e após o tratamento cirúrgico, para a redução de peso.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### OBESIDADE MÓRBIDA

O índice, universalmente aceito, para classificar uma pessoa como obesa é o de massa corpórea (IMC) e é expresso pelo peso do indivíduo em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura em metros. Embora tenha o inconveniente de não diferenciar a massa gorda da magra, tem sido adotado desde 1997 pela Organização Mundial da Saúde (WHO) como o índice de referência de medida para a obesidade. Segundo Mahan & Stump (1998),

a obesidade é definida como um estado de adiposidade no qual a gordura corpórea está acima da ideal (um IMC maior que 27 kg/m<sup>2</sup>). Segundo a WHO, a obesidade deve ser dividida em três níveis: grau I, com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>; grau II, entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> e grau III ou obesidade mórbida, com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. O termo *mórbida* significa que a obesidade atingiu um grau capaz de colocar em risco a vida do paciente.

A Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO, 1997) consideram que há seis níveis de obesidade: obesidade pequena (IMC=27 a 30 kg/m<sup>2</sup>); obesidade moderada (IMC=30 a 35 kg/m<sup>2</sup>); obesidade grave (IMC=35 a 40 kg/m<sup>2</sup>); obesidade mórbida (IMC=40 a 50 kg/m<sup>2</sup>); superobesidade (IMC=50 a 60 kg/m<sup>2</sup>); super-superobesidade (IMC=maior que 60 kg/m<sup>2</sup>).

Apesar de pouco discutida, no Brasil, a cada dia a obesidade mórbida torna-se mais comum (CECOTOSTI, 2002; GARRIDO JR, 2002; MALHEIROS & FREITAS JR, 2002; MARCHESINI, 2002) e já atinge cerca de 1 milhão de brasileiros, principalmente, na faixa etária de 30 a 50 anos (GARRIDO JR, 2002). Oficializada, em 2001, pelo ministério da Saúde, cerca de cinco mil intervenções cirúrgicas para obesidade mórbida foram realizadas no país até 2002, com uma média 12 operações por dia (GARRIDO JR, 2002).

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

A abordagem terapêutica padrão para a obesidade começa com dietas redutoras e aconselhamento médico. Infelizmente, essas medidas, na maioria das vezes, fracassam em pacientes com obesidade mórbida e a perda de peso é quase sempre frustrante (COUNCIL OF SCIENTIFIC AFFAIRS, 1988). Nos poucos casos em que a perda de uma grande quantidade de peso é obtida após um rígido programa, ele é readquirido com rapidez. Por conseguinte, o tratamento cirúrgico assume importante papel nesse grupo de pacientes (BROLIN, 1996; SUGERMAN *et al.*, 1992). Segundo Leite (1996), o tratamento cirúrgico é o único que oferece esperança de cura para os pacientes com obesidade mórbida.

Além do fracasso de tratamentos conservadores (dietéticos e/ou farmacológicos), a redução da qualidade e de expectativa de vida tem levado à indicação de tratamento cirúrgico para obesidade mórbida (BROLIN, 1996).

Para Mahan & Stump (1998), antes de qualquer pessoa, morbidamente obesa, ser considerada para cirurgia, a falha de um programa completo,

incluindo a restrição de calorias, exercício, modificação de comportamento, aconselhamento psicológico, nutricional e envolvimento familiar, deve ser demonstrada. A falha é definida como a incapacidade do paciente reduzir o peso corpóreo em um terço e a gordura corpórea pela metade e uma incapacidade do paciente de manter qualquer perda de peso atingida. Tais pacientes têm obesidade mórbida intratável e devem ser considerados para a cirurgia.

De acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, as indicações para o tratamento operatório da obesidade são: a) portadores de obesidade mórbida, com IMC maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>, registrado durante, pelo menos, dois anos. Devem apresentar insucesso em tratamentos conservadores realizados continuamente, de maneira séria e correta também, pelo período mínimo, de dois anos; b) pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, portadores de doenças crônicas, desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

Antes da cirurgia, é ainda importante que o paciente seja avaliado extensivamente com respeito às complicações médicas e problemas psicológicos, tais como depressão e baixa auto-estima, e a extensão da motivação (MAHAN & STUMP, 1998).

## NUTRIÇÃO EM CIRURGIA BARIÁTRICA

O tratamento da obesidade não termina com a finalização da cirurgia. Ao invés disso, é o início de um período de 1 a 2 anos de mudanças de comportamento de alimentação, exercício e motivação regular, acompanhada por apoio de uma equipe interdisciplinar de profissionais de cuidado da saúde. O objetivo principal do cuidado nutricional pós-operatório é restaurar o estado nutricional e a qualidade de vida (MAHAN & STUMP, 1998).

Segundo Leite (1996), a relação entre o paciente e o nutricionista, assim como a educação e a motivação do indivíduo, é mais importante para o sucesso do tratamento do que os componentes dietéticos específicos.

### **a) Avaliação pré-cirúrgica**

A avaliação nutricional do obeso mórbido é baseada em parâmetros antropométricos (peso, altura, cintura, quadril) e dados laboratoriais (albumina, ácido fólico, ferro, cálcio, vitamina B12 e hemograma). Em alguns serviços, é utilizada a bioimpedância. No entanto, seus resultados ainda são controversos, devido à dificuldade de passagem de corrente elétrica em

função do excesso de gordura corpórea e edema concomitantes (REPETTO *et al*, 2001; MARTINS *et al*, 2001; MARTINS & MEDEIROS, 2001).

### **b) Plano nutricional pré-operatória**

O paciente deve ser orientado sobre todas as mudanças que seus hábitos alimentares irão sofrer bem como os alimentos que deverão ou não ser utilizados.

Na fase pré-cirúrgica, o nutricionista, por meio de uma anamnese nutricional detalhada, deve verificar hábitos alimentares do paciente, prescrevendo-lhe uma dieta hipocalórica, visando a uma perda de peso (entre 5 a 10%), com o objetivo de melhorar a sua capacidade respiratória no pós-operatório imediato (REPETTO *et al.*, 2001).

### **c) Plano nutricional pós-operatório**

A terapia nutricional mais importante é, sem dúvida, a pós-cirúrgica, permitindo a manutenção de um estado nutricional adequado durante a perda de peso.

Após a cirurgia, o paciente deve seguir três fases de dieta:

Fase 1: composta por dieta líquida restrita (sucos, caldos, e fórmulas suplementares);

Fase 2: inicia, na segunda semana do pós-operatório, sendo composta por dieta líquida pastosa (caldo de feijão, sucos, leite, vitaminas, iogurte, mingau, etc.);

Fase 3: começa, no segundo mês, após o procedimento cirúrgico, com dieta quase normal, adaptando à tolerância individual. Deve ser uma dieta hiperproteica, rica em ferro, vitamina C, vitamina D e cálcio (REPETTO *et al.*, 2001; MARTINS *et al.*, 2001; MARTINS & MEDEIROS, 2001; NÓBREGA, 1998; WAITZBERG, 2001; WILLIAMS, 1997).

O valor calórico da dieta é estimado de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. A manutenção de uma boa hidratação (mínimo de 1500 ml/dia) é fundamental, tendo em vista que poderá haver um aumento das taxas de ácido úrico, favorecendo a formação de cálculo renal e crises de gota (REPETTO *et al.*, 2001). É importante orientar que, após a cirurgia, o paciente deverá fazer seis refeições dia e em pequeno volume (90 -120g).

Após o procedimento cirúrgico, a terapia nutricional é indispensável para o êxito da proposta terapêutica, buscando a correção de erros alimentares e evitando carências nutricionais. O acompanhamento com o

nutricionista deve ser quinzenal no primeiro bimestre, mensal, durante o primeiro ano, bimestral, durante o segundo ano e anual até o quinto ano, podendo variar conforme a necessidade do paciente (REPETTO *et al.*, 2001; WILLIANS, 1997).

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados 10 pacientes portadores de obesidade mórbida, de ambos os sexos, submetidos à gastroplastia para redução de peso, no período de 2000 a 2002. Todos os pacientes foram operados por um único cirurgião (Dr. Glauco Alvarez), no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), em Santa Maria-RS. Em 8 casos, a técnica cirúrgica usada foi a restritiva (banda gástrica ajustável por videolaparoscopia) e, em 2 casos, foi a técnica disabsortiva (*bypass* gástrico por videolaparoscopia).

Os dados pré-operatórios sobre sexo, idade, peso, índice de massa corporal (IMC) e presença de doenças associadas foram obtidos dos prontuários clínicos dos pacientes. Para investigar os hábitos alimentares prévios e após a cirurgia bariátrica, utilizou-se um questionário semi-estruturado, aplicado na residência de cada paciente. Esse questionário também incluiu perguntas sobre: a) os tipos de tratamento para redução de peso antes da opção pela cirurgia; b) em caso de tratamento dietético, se houve ou não acompanhamento por profissional nutricionista; c) grau de conhecimento do paciente em relação à terapia nutricional, após a cirurgia; d) principais dificuldades e problemas na alimentação após a cirurgia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos pacientes variou de 26 e 58 anos, (média de 39 anos), sendo 6 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. O peso, antes da cirurgia, variou de 93 a 175 kg (média de 137,4 kg) e o IMC variou de 35 a 72 kg/m<sup>2</sup> (média de 48,7 kg/m<sup>2</sup>).

Quatro, dentre os 10 pacientes, apresentavam algum tipo de co-morbidade, tais como: hipertensão arterial (4 casos), diabetes melito tipo 2 (2 casos). Os demais seis pacientes negaram ter qualquer problema de saúde associado. Sabe-se porém que, sem redução do peso, muitas vezes, é difícil controlar certas doenças associadas à obesidade (DRENICK *et al.*, 1980).

Os 10 pacientes estudados já haviam feito outros tratamentos antes de optar pela cirurgia. Tais tratamentos incluíam dietas, uso de medicação, psicoterapias, exercícios aliados a dietas e *spas*. Todos os pacientes referiram

que tais tratamentos trouxeram resultados imediatos, mas que não conseguiam uma estabilização de peso e, depois de um tempo variável, retornavam ao peso anterior. Com frequência cada vez maior, o fracasso de tratamentos prévios para redução de peso, em dietéticos ou não, tem levado os obesos mórbidos a buscarem tratamento cirúrgico (BROLIN, 1996).

Apenas três pacientes tiveram acompanhamento de um profissional nutricionista na realização dos tratamentos para perda de peso, antes de optarem pela cirurgia. Ainda cinco, dos 10 pacientes avaliados, disseram não conhecer a pirâmide alimentar, enquanto os outros cinco a conheciam, porém não sabiam claramente o que ela significava. Há ainda pouca valorização e muito desconhecimento do papel do profissional nutricionista no manejo de pacientes obesos, bem como da importância da pirâmide alimentar.

Quanto à utilização de dieta para perda de peso no período pré-cirúrgico, apenas três pacientes confirmaram ter realizado restrição dietética antes da cirurgia; os demais sete pacientes não fizeram qualquer dieta pré-operatória. Apesar disso, sete pacientes informaram terem perdido peso antes da cirurgia; dois mantiveram o peso e um paciente aumentou de peso.

Seis pacientes tiveram acompanhamento nutricional pré-cirúrgico, mas os demais quatro não tiveram contato com nenhum profissional nutricionista. Após a cirurgia, todos os pacientes tiveram acompanhamento nutricional.

Todos os pacientes acreditavam ter adquirido o excesso de peso em decorrência de hábitos alimentares inadequados, pois a ansiedade, impulsividade e gula impossibilitava-os de comer adequadamente e em horários regulares. Este resultado confirma o fato de que, embora de causa multifatorial, a obesidade é, freqüentemente, relacionada à presença de hábitos alimentares incorretos (WILLIAMS, 1997).

A seguir, estão listadas as informações sobre os hábitos alimentares dos obesos mórbidos antes da cirurgia bariátrica:

- Cinco pacientes responderam que ingeriam uma grande quantidade de alimentos diariamente; os outros cinco pacientes referiram ingerir grande quantidade, mas que os alimentos consumidos eram altamente calóricos.
- Todos os pacientes acreditavam ter uma alimentação inadequada e totalmente desequilibrada (acreditavam ingerir “muitas porcarias”).
- Todos os pacientes não tinham precisão do número de refeições diárias, pois “viviam mastigando”.
- Todos os pacientes não se alimentavam em horários preestabelecidos.
- Todos os pacientes engoliam os alimentos inteiros, sem fazer a mastigação adequada.

- Todos os pacientes ingeriam líquidos, antes e/ou durante as refeições.

A seguir, estão listadas as informações sobre a alimentação dos pacientes após a cirurgia e as principais dificuldades e problemas em decorrência da dieta e/ou dos efeitos da cirurgia:

- Nove, dentre os 10 pacientes avaliados, seguiram um plano alimentar adequado para perda de peso; apenas um não seguiu nenhum plano.

- Quatro pacientes faziam 6 refeições diárias em horários preestabelecidos; os demais seis pacientes informavam fazer uma média de 3 a 5 refeições diárias, mas apenas três refeições em horários preestabelecidos.

- Nove, dos 10 pacientes, passaram a ingerir líquidos apenas nos intervalos das refeições; apenas um continuou ingerindo líquidos durante ou logo após as refeições.

- Todos os pacientes passaram a mastigar várias vezes e com calma os alimentos antes de engolir.

- Para quatro pacientes, a maior dificuldade, após a cirurgia, foi controlar a ansiedade e a compulsividade na hora das refeições. Para os outros pacientes, foi a mastigação (1 caso), náuseas (1 caso), náuseas e vômitos (2 casos), dor para deglutir (1 caso). Em um paciente, não houve qualquer dificuldade para se alimentar.

- Sete pacientes informaram sentir desconforto abdominal (gases), quando ingeriam determinados alimentos ou quando comiam com pressa; os outros três não sentiram qualquer desconforto.

- Em três pacientes, a carne e o pão foram os alimentos sólidos mais difíceis de serem introduzidos na alimentação após a cirurgia; dois pacientes sentiram qualquer dificuldade na introdução desses alimentos após a cirurgia; dois pacientes informaram ter sido apenas a carne; dois pacientes, os alimentos ricos em fibra e para um paciente, o arroz.

- Nove, dos 10 pacientes, conseguiam ingerir doces normalmente, mas em quantidades bem reduzidas; apenas um paciente referiu aversão aos alimentos doces após a cirurgia, ingerindo-os em proporção muito reduzida.

- Quatro pacientes não ingeriram alimentos gordurosos, pois sentiam dificuldade; três ingeriam em quantidades reduzidas; dois evitavam por apresentarem diarréia e um paciente ingeria normalmente.

Cinco pacientes, dentre os 10 avaliados, desconheciam completamente que, após a cirurgia bariátrica, haveria necessidade de significativas

mudanças nos seus hábitos alimentares. Apesar disso, todos os pacientes conseguiram cumprir o plano nutricional proposto pela nutricionista e consideraram que as etapas evolutivas da dieta, no período subsequente à cirurgia (líquida, líquida pastosa e dieta quase normal), é de grande importância para a adaptação à nova dieta que deverão seguir pelo resto da vida.

A terapia nutricional é indispensável para o êxito do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, buscando condutas dietoterápicas adequadas com mudanças de comportamento alimentar. O nutricionista assume um importante papel, visto que é o responsável pela orientação dessas condutas adequadas aos pacientes. Entretanto, é importante que não apenas depois de uma cirurgia bariátrica, mas também antes dela, o paciente seja acompanhado por um profissional nutricionista (REPETTO *et al.*, 2001). Assim, ele poderá ser informado e preparado sobre as mudanças alimentares que deverão ocorrer no período pós-cirúrgico (imediate e a médio/longo prazo), bem como sobre os tipos de alimentos que deverão ser utilizados e evitados.

Observou-se que o maior obstáculo para esses 10 pacientes obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora foi a mudança de seus hábitos alimentares. As respostas dos pacientes evidenciavam que eles acreditavam que solucionariam todo o seu problema de peso após a finalização da cirurgia, e pareciam não ter consciência de que a cirurgia seria apenas o primeiro passo para um longo processo de adaptação a novas condutas de vida, principalmente à alimentação.

No grupo estudado, verificou-se que alguns pacientes (quatro dentre 10 casos) não procuraram os serviços profissionais de um nutricionista antes da cirurgia e que, em vários casos, os hábitos alimentares incorretos no período pós-cirúrgico foram resultado do não-seguimento das orientações nutricionais recebidas. Além disso, todas as complicações e dificuldades que os pacientes apresentaram no período pós-operatório foram diretamente relacionadas com a alimentação, e não com o procedimento cirúrgico em si, e, portanto, foram resultantes também do não seguimento das orientações nutricionais recebidas.

## CONCLUSÕES

Os 10 pacientes obesos mórbidos estudados tinham hábitos alimentares bastante inadequados antes de optarem pela cirurgia e tinham consciência disso, embora poucos tenham procurado auxílio do nutricionista para perder peso. Muitos mostraram desconhecimento sobre a pirâmide alimentar e poucos tinham noção de que o tratamento não finalizaria com a cirurgia.

Embora quase todos tenham cumprido o plano alimentar elaborado pelo profissional nutricionista, muitos tiveram dificuldades para adaptar-

se aos novos hábitos alimentares após a cirurgia. Tais resultados permitem concluir que, no grupo estudado, o maior desafio do nutricionista foi implementar novos hábitos alimentares, a fim de corrigir condutas inadequadas há longa data.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROLIN, R. E. Update, NIH consensus conference, gastrointestinal surgery for severe obesity. **Nutrition**, v.12, p.403-404, 1996.

CECOTOSTI, Katia. **Obesidade mórbida**. Disponível em: <<http://www.connectmed.com.br>>. Acesso em 13 jan. 2002.

COUNCIL OF SCIENTIFIC AFFAIRS. **JAMA**, v.260, p.2547-2551, 1988.

DIXON, John B; O'BRIEN, Paul E. Health outcomes of severely obese type 2 diabetic subjects 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. **Diabetes care**, v.25, n.2, p.358-363, 2002.

DRENICK, E. J. *et al.* Morbid obesity: Excessive mortality and causes of death in morbidly obese men. **JAMA**, v.243, p.443-445, 1980.

GARRIDO JR, Arthur. **Obesidade mórbida**. Disponível em: <<http://www.connectmed.com.br>>. Acesso em 13 jan. 2002.

INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY (IFSO). Statement on morbid obesity and its treatment. **Obes Surg** v.7, p. 40-41, 1997.

LEITE, Paulo Fernando. **Obesidade na clínica médica**. Belo Horizonte: Health, 1996.

MAHAN, L. Kathleen; STUMP, Sylvia Escott. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998.

MARTINS, Cristina *et al.* **Manual de dietas hospitalares**. Paraná: Ed. Gráfica Kaeli, 2001.

MARTINS, Cristina, C.; MEDEIROS, R. M. **Nutrição nas cirurgias para obesidade**. São Paulo: Ed. Metha, 2001.

MALHEIROS, C. A; FREITAS JR, W. R. **Obesidade no Brasil e no mundo**. IN: GARRIDO JR, AB (editor). **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MARCHESINI, João Batista. **Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida**. Disponível em: < <http://www.jbm@gastronet.com.br>>. Acesso em 19 mai. 2002.

MOKDAK, A. H. *et al.* The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. **JAMA**, v.282, p. 1519-1522, 1999.

NÓBREGA, Fernando J. **Distúrbios da nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

REPETTO, Giuseppe *et al.* Tratamento Clínico e Cirúrgico da Obesidade Mórbida. **Nutrição em pauta**, São Paulo, v.9, n.48, p. 42-44, mai/jun, 2001.

SUGERMAN, H. J. *et al.* Gastric baypass for treating severe obesity. **Am J Clin Nutr**, v.55, n.2, p. 560-566, 1992.

WAITZBERG, Dan Linestzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Obesity –preventing and managing the global epidemic**. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1997.

WILLIAMS, Sue Rodwell. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WYSS, C. *et al.* Long-term results on quality of life of surgical treatment of obesity with vertical banded gastroplasty. **Obes Surg**, v.5, n.4, p.387-392, 1995.

#### **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA CONSULTADA.**

SANTOS, Glenio Lopes; SCHMITD, Maria Cristina Cezimbra; CANFIELD, Jefferson Thadeu. **Normas de apresentação de projeto, trabalho final de graduação, monografia, dissertação e tese**. 3 ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.