
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A INTOLERÂNCIA ALIMENTAR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA ATENDIDOS EM UM PROJETO DE EXTENSÃO DO NORTE DO BRASIL

Fernanda Noleto¹, Felipe Câmara¹, Sonia Lopes Pinto¹

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica tem se mostrado o tratamento mais eficaz para obesidade grave, porém, pode ocorrer o desenvolvimento de intolerância alimentar (IA). **Objetivo:** Investigar a prevalência e fatores associados à IA em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica a no mínimo 3 meses. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, onde foram avaliados pacientes com no mínimo 3 meses de pós-operatório, na cidade de Palmas - Tocantins, que participam do Ambulatório de Bariátrica da Universidade Federal do Tocantins (AMBBAR). Foram coletados dados sobre saúde atual, antropométricos (peso e altura), sintomas gastrointestinais (vômitos, síndrome de dumping e problemas gástricos), mastigação, compulsão alimentar pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica, e intolerância alimentar pelo questionário validado A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery. **Discussão e Resultados:** A amostra foi composta por 31 pacientes, 84% eram do sexo feminino e 54% apresentavam algum grau de IA. Observamos que o escore de tolerância alimentar foi menor entre a população do sexo feminino com a média de 23,4±3,2. A tolerância alimentar apresentou-se maior no grupo alimentar "Peixe", com 96,8% dos pacientes conseguindo comer "facilmente". O grupo alimentar que apresentou menor tolerância foi o "Arroz", em que 6,5% dos pacientes "não comem". O grupo alimentar "Pão" apresentou 22,6% dos pacientes relatando consumir "com alguma dificuldade". Observamos associação entre presença de vômitos ($p=0,05$) e síndrome de dumping ($p=0,05$). **Conclusão:** Mais da metade dos pacientes submetidos ao RYGB apresentavam IA, vômitos e síndrome de Dumping foram identificados como fatores associados à intolerância.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia bariátrica. Nutrição. Intolerância alimentar.

1-Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil.

ABSTRACT

Prevalence and factors associated with food intolerance in patients undergoing bariatric surgery treated in an extension project in northern Brazil

Introduction: Bariatric surgery has proven to be the most effective treatment for severe obesity; however, the development of food intolerance (FI) may occur. **Objective:** To investigate the prevalence and factors associated with FI in patients who underwent bariatric surgery at least 3 months prior. **Materials and Methods:** This is an observational, cross-sectional study in which patients with a minimum of 3 months post-operative follow-up, from Palmas – Tocantins, Brazil, were evaluated. These patients are part of the Bariatric Clinic of the Federal University of Tocantins (AMBBAR). Data were collected on current health, anthropometric measurements (weight and height), gastrointestinal symptoms (vomiting, dumping syndrome, and gastric problems), chewing, binge eating through the Binge Eating Scale, and food intolerance using the "A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery." **Discussion and Results:** The sample included 31 patients, 84% of whom were female, and 54% had some degree of FI. The food tolerance score was lower among the female population, with an average of 23.4±3.2. Food tolerance was highest for the "Fish" group, with 96.8% of patients able to eat it "easily." The food group with the lowest tolerance was "Rice," where 6.5% of patients "do not eat it." The "Bread" group showed that 22.6% of patients reported consuming it "with some difficulty." Intolerant patients showed a higher incidence of vomiting ($p=0.05$) and dumping syndrome ($p=0.05$). **Conclusion:** More than half of the patients undergoing RYGB had FI, with vomiting and dumping syndrome identified as factors associated with intolerance.

Key words: Obesity. Bariatric surgery. Nutrition. Food intolerance.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição multifatorial e complexa que abrange fatores genéticos, epigenéticos, ambientais, comportamentais e sociais, além de questões hormonais e metabólicas.

Aspectos como predisposição genética, sedentarismo, dietas hipercalóricas, padrões alimentares inadequados, alterações no microbioma intestinal, fatores emocionais e limitações socioeconômicas, como o acesso restrito a alimentos saudáveis, contribuem para o acúmulo de gordura corporal, demandando uma abordagem abrangente para seu manejo (ABESO, 2016).

Neste contexto, as cirurgias bariátricas, como o Bypass Gástrico em Y de Roux (RYGB), emergem como tratamento eficaz. Diversas sociedades científicas recomendam a cirurgia bariátrica para indivíduos com obesidade grau II (IMC superior a 35 kg/m²) com comorbidades e para aqueles com obesidade grau III (IMC superior a 40 kg/m²), mesmo na ausência de distúrbios associados (Lobato e colaboradores 2021).

Entretanto, uma das principais consequências do RYGB é a intolerância alimentar, que pode prejudicar a ingestão de alimentos e impactar a perda de peso esperada (Gobato e colaboradores 2019).

Estudos sugerem que o desequilíbrio na microbiota intestinal após a cirurgia pode fragilizar a mucosa intestinal, contribuindo para hipersensibilidades alimentares, alergias, diarreia e intolerâncias (Solé e colaboradores 2018).

A intolerância alimentar (IA) atinge cerca de 50% dos pacientes submetidos ao RYGB, sendo mais comum no primeiro ano após a cirurgia, período marcado por ajustes alimentares e episódios frequentes de regurgitações e vômitos (Paiva e colaboradores 2015; Cano-Valderrama e colaboradores 2018).

Diante dessas complicações, a orientação nutricional torna-se indispensável. Identificar os alimentos associados à intolerância é essencial para promover uma evolução dietética adequada, minimizar riscos nutricionais e melhorar a qualidade de vida desses pacientes (Costa, Gentil, Sousa, 2022).

Assim, esta pesquisa tem como objetivo investigar a prevalência e fatores associados à IA em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos três meses,

acompanhados pelo Ambulatório de Bariátrica (AMBBAR) da Universidade Federal do Tocantins.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo observacional de caráter transversal realizado com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos três meses, na cidade de Palmas, Tocantins.

Foram convidados a participar do estudo todos os pacientes acompanhados pelo projeto de extensão Ambulatório de Bariátrica da Universidade Federal do Tocantins (AMBBAR/UFT), que oferece acompanhamento nutricional gratuito a pacientes com obesidade grave em fase pré ou pós-operatória.

Os atendimentos são realizados pelos estudantes do Curso de Nutrição da UFT, no campus de Palmas. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para iniciar a coleta de dados. Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFT sob número de protocolo 4.785.268.

Os critérios para a inclusão no estudo foram: Ter realizado a cirurgia bariátrica há, no mínimo, três meses e comparecer às consultas no AMBBAR para a coleta de dados.

As informações foram extraídas dos prontuários utilizados durante as consultas do AMBBAR e do banco de dados do projeto. Foram coletados dados relacionados à IA, como presença de vômitos, síndrome de Dumping, sintomas gastrointestinais (azia, constipação, gastrite, úlcera e diarreia), mastigação e tempo de cirurgia.

As medidas antropométricas incluíram peso corporal e estatura, sendo o peso corporal: Obtido com uma balança digital eletrônica marca Welmy®, capacidade de 300 kg e precisão de 100g, com os indivíduos descalços, sem uso de adornos e com o mínimo de roupa possível.

A estatura: Aferida com um estadiômetro com extensão de 2 metros acoplado em uma parede sem rodapé, dividido em centímetros e subdividido em milímetros, com visor de plástico e esquadro acoplado a uma das extremidades. Ambas as medidas foram realizadas conforme técnicas preconizadas por Jelliffe (1968).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso, em quilogramas, foi dividido pela estatura em metros ao quadrado.

A classificação do IMC seguiu os critérios da WHO (1998): Baixo peso: < 18,5; Eutrófico: 18,5 – 24,9; Sobrepeso: 25,0 – 29,9; Obesidade grau I: 30,0 – 34,9; Obesidade grau II: 35,0 – 39,9 e Obesidade grau III: > 40,0 kg/m².

A intolerância alimentar foi avaliada por meio do questionário validado A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery (Suter e colaboradores 2007).

A coleta foi realizada presencialmente no Laboratório de Nutrição da UFT e remotamente via Google Forms® enviados pela plataforma digital WhatsApp®.

O questionário é dividido em quatro partes: Satisfação com a qualidade da alimentação; Horário das refeições e ingestão entre elas; Tolerância a oito grupos alimentares e Frequência de vômitos/regurgitações. Com pontuação variando de 1 a 27, sendo 27 o valor máximo para excelente tolerância alimentar.

A pontuação para os itens Satisfação e Ingestão variou de 1 (muito ruim) a 5 (excelente). Já a pontuação para o item Tolerância aos grupos alimentares variou de 0 a 16, sendo 2 pontos quando não tem dificuldade, 1 ponto quando tem algumas dificuldades/restrições e 0 ponto se não puder comer e a pontuação para Vômito/regurgitação variou de 0 a 6 pontos, sendo 0 ponto para frequência diária, 2 pontos para três ou mais vezes por semana, 4 pontos para até duas vezes por semana e 6 pontos para nunca.

A presença de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) foi avaliada pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica, desenvolvida por Gormally e colaboradores (1982) e validada no Brasil por Freitas e colaboradores (2001). A escala é composta por 16 itens pontuados de 0 a 3, com classificação final: ≤17 pontos: Ausência de TCAP; 18-26 pontos: Compulsão Moderada e ≥ 27 pontos: Compulsão Grave.

Os dados foram organizados em um banco de dados no Excel 2019, revisados para avaliar inconsistências e analisados no software Statistical Package for Social Sciences - SPSS versão 23.0. Para análise

estatística foi feito os testes: Teste Shapiro-Wilk foi usado para verificar a normalidade dos dados. O teste t de Student foi aplicado para variáveis numéricas com distribuição normal. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para variáveis não normais e o teste do Qui-Quadrado de Pearson foi adotado para avaliar associações entre as variáveis categóricas.

As frequências e as médias ± desvio padrão foram utilizadas para expressar as variáveis numéricas. O escore de tolerância alimentar foi analisado conforme a mediana e o nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra do estudo incluiu 31 pacientes submetidos à cirurgia de RYGB, destes, 84% eram do sexo feminino com idade média de 43,2 anos, IMC compatível com obesidade grau I (média 33,2kg/m²), e tinham em média 71 meses de cirurgia bariátrica (Tabela 1).

Observamos que 54,8% apresentaram escore compatível com intolerância alimentar e Escore de Tolerância Alimentar foi menor entre a população do sexo feminino com a média de 23,4 ±3,2, porém, este resultado não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

A tolerância alimentar nos oito grupos de alimentos apresentou-se maior no grupo alimentar “Peixe”, com 96,8% dos pacientes conseguindo comer “facilmente”. O grupo alimentar que apresentou maior intolerância foi o “Arroz”, em que 6,5% dos pacientes “não comem”. O grupo alimentar “Pão” apresentou 22,6% dos pacientes relatando consumir “com alguma dificuldade” (Tabela 2).

Analisando a IA de acordo com fatores associados, observamos que pacientes intolerantes apresentaram maior incidência de vômitos e síndrome de dumping, e esta diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com a IA.

Tabela 1 - Características da população de estudo (n=31).

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	média	DP	média	DP	média	DP
Idade (anos)	43,2	10,1	39,8	12,9	42,6	10,4
Peso (kg)	85,0	19,9	108,9	22,1	88,9	21,8
IMC (kg/m ²)	33,1	8,1	34,01	6,8	33,2	7,8
Tempo de cirurgia (meses)	79,4	77,8	30,0	27,4	71,4	74,0
Escore de tolerância alimentar	23,4	3,2	24,6	2,5	23,5	3,1

Legenda: DP= Desvio padrão; IMC=Índice de Massa Corporal.

Tabela 2 - Tolerância alimentar nos oito grupos de alimentos (n=31).

Grupo alimentar	Facilmente		Com alguma dificuldade		Não come	
	n	%	n	%	n	%
Carne vermelha	25,0	80,6	6,0	19,4	-	-
Carne branca	26,0	83,9	5,0	16,1	-	-
Salada	28,0	90,3	3,0	9,7	-	-
Vegetais	29,0	93,5	2,0	6,5	-	-
Pão	24,0	77,4	7,0	22,6	-	-
Arroz	27,0	87,1	2,0	6,5	2,0	6,5
Massa	24,0	77,4	6,0	19,4	1,0	3,2
Peixe	30,0	96,8	1,0	3,2	-	-

Tabela 3 - Intolerância alimentar de acordo com fatores associados (n=31).

Variáveis	Escore < 24	Escore > 24	p valor
	Intolerantes (n=17)	Tolerantes (n=14)	
Estado nutricional atual	n % ou Média±		
Eutrófico/Sobrepeso	35,3% (6)	57,1% (8)	
Obesidade (I, II e III)	64,7% (11)	42,9% (6)	0,224
TCAP			
Com TCAP	88,2% (15)	71,4% (10)	0,239
Sem TCAP	11,8% (2)	28,6% (4)	
Tempo de cirurgia (meses)	86,0±88,1	53,8±50,0	0,334
Vômitos			
Sim	47,1% (8)	14,3% (2)	0,052
Não	52,9% (9)	85,7% (12)	
Síndrome de dumping			
Sim	76,5% (13)	42,9% (6)	0,056
Não	23,5% (4)	57,1% (8)	
Sintomas Gastrointestinais			
Sim	52,9% (9)	21,4% (3)	0,073
Não	47,1% (8)	78,6% (11)	
Mastigação			
Sim	35,3% (6)	50% (7)	0,682
Não	64,7% (11)	50% (7)	
Idade (anos)	45,7±10,3	39,1±9,8	0,093
Peso (kg)	88,3±21,8	89,4±22,6	0,769
IMC atual (kg/m ²)	33,4±7,7	33,0±8,2	0,860
IMC pré (kg/m ²)	44,6±6,4	46,7±10,3	0,769

Legenda: TCAP: Compulsão Alimentar Periódica; IMC: Índice de Massa Corporal.

As variáveis numéricas estão descritas em média e desvio padrão, e as categóricas em valor absoluto e relativo. Para as variáveis

categóricas foi feito teste de qui-quadrado. Para as variáveis numéricas e com normalidade foi

feito teste de t Student e para os demais, teste de Man Whitney.

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliamos a prevalência da intolerância alimentar e os fatores que estão associados após três meses da realização da cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica é amplamente reconhecida como o tratamento mais eficaz para a obesidade grave. No entanto, diversos fatores podem influenciar os resultados a longo prazo (Gobato e colaboradores 2019).

Em nosso estudo, observamos que 54,8% dos pacientes apresentaram intolerância alimentar após a cirurgia RYGB e que, vômito e síndrome de dumping foram fatores associados a IA.

Segundo Quadros e colaboradores (2007), a dificuldade na digestão de certos alimentos, o que pode levar a sintomas como náuseas, vômitos e sensação de plenitude pode estar associada a modificações anatômicas e fisiológicas no trato gastrointestinal que alteram a motilidade intestinal e capacidade gástrica.

Estudos anteriores mostraram um aumento na intolerância alimentar, juntamente com uma diminuição na satisfação alimentar após a cirurgia.

A insatisfação está relacionada à dificuldade e limitação da ingestão alimentar em qualidade e quantidade quando comparada ao pré-operatório. Vários pacientes também relataram terem mais vontade de ingerir preparações de menor valor nutricional (Gobato e colaboradores 2019).

Em relação ao estudo em questão, observamos que 54,8% dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica apresentaram escore compatível com intolerância alimentar.

Esse resultado está alinhado com estudos anteriores, como o de Suter e colaboradores (2007), que desenvolveram o questionário utilizado neste estudo, e observou que a tolerância alimentar é consideravelmente alterada mesmo precocemente após a CB, principalmente no primeiro semestre, mas retornou ao normal posteriormente e permaneceu comparável à da população normal (voluntários sem obesidade) após o quinto ano de pós-operatório.

Com base na tolerância alimentar nos oito grupos de alimentos, observamos que os alimentos mais tolerados pelos pacientes, ou

seja, que no mínimo 90% consomem com facilidade, foram os vegetais, a salada, e o peixe.

Esses resultados se mostraram compatíveis com os encontrados por Marinho e colaboradores (2023) que observaram maior tolerância pelos pacientes, principalmente o grupo “peixe”, após avaliarem a incidência de desenvolvimento de IA em 64 pacientes.

Estes alimentos apresentam fácil digestão, devido seu baixo teor de gordura, baixa densidade calórica e maior facilidade de mastigação e deglutição, contribuindo para uma melhor tolerância.

Os grupos de alimentos menos tolerados, sendo considerados os resultados abaixo de 90% em “facilmente”, foram a carne vermelha, carne branca, pão, arroz e massa.

Esses resultados também foram encontrados e são compatíveis com os alimentos menos tolerados encontrados por Marinho e colaboradores (2023).

A intolerância à carne é esperada devido à gastrectomia parcial, que resulta em uma redução na produção de pepsina, a enzima principal para a digestão de proteínas (Cambi, 2003).

Além disso, a mastigação inadequada agrava essa intolerância, destacando a importância da educação nutricional. A dificuldade em aceitar o arroz está relacionada à digestão prejudicada devido ao processo de hidratação e gelatinização durante a cocção, o que dificulta a ação da enzima amilase (White e colaboradores, 2005). Isso pode explicar a alta rejeição desse alimento.

No que diz respeito aos fatores associados à IA observamos que dos 17 pacientes intolerantes, 47,1% apresentaram vômitos, e 76,5% apresentaram síndrome de dumping.

Estes dois fatores obtiveram significância estatística, resultados alinhados com o estudo de Carvalho e colaboradores (2018), em que foram avaliados 35 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica visando avaliar IA.

Destes, 80% apresentaram IA, 21,6% apresentaram vômitos, e 15% síndrome de Dumping. Suas causas incluem a intolerância a alimentos, a superalimentação e a baixa adesão ao tratamento.

Em relação às complicações após a cirurgia, Martin e colaboradores (1991), ao estudar 100 pacientes que fizeram bariátrica, observaram que 8% dos indivíduos

apresentavam episódios de vômitos graves que levaram à hospitalização devido à desidratação.

Em outro estudo, Mottin (2022) acompanhou 149 pacientes, dos quais 48,9% apresentaram vômitos, especialmente no segundo mês pós-operatório, coincidindo com a reintrodução de alimentos sólidos normais, sendo mais comuns com a ingestão de carne e arroz.

Neste estudo atual, dos 31 pacientes avaliados, 32,2% apresentaram vômitos, 61,3% experimentaram síndrome de dumping, e 38,7% enfrentaram problemas gástricos.

No estudo realizado por Godoy e colaboradores, (2018), onde aplicaram um teste de função mastigatória em 30 pacientes de pós-operatório de CB, observaram que os pacientes submetidos ao RYGB 2 anos após a cirurgia, apresentaram maior escore de tolerância alimentar quando o número de ciclos mastigatórios e tempo de mastigação foram maiores. Entretanto, no presente estudo, não identificamos associação entre a mastigação e a tolerância alimentar.

Segundo Bernardes e colaboradores, (2023), que realizaram uma pesquisa acerca do transtorno de compulsão alimentar em 234 em pacientes com pós bariátricos, concluiu-se que há prevalência de TCAP em pacientes que realizaram a cirurgia.

Em nosso estudo, observamos uma prevalência de 88,2% de TCAP em pacientes intolerantes, e 71,4% no grupo dos tolerantes, resultado elevado comparando com a literatura, porém esta diferença não foi associada com a intolerância alimentar.

As principais carências nutricionais após cirurgias para tratar obesidade surgem principalmente devido à deficiência de proteínas, resultante da intolerância à alimentos ricos deste macronutriente, além da persistência de vômitos e má absorção de nutrientes comum após cirurgias bariátricas são as deficiências de vitaminas B12, B1, ferro, cálcio, e vitaminas A, D, E, K e zinco (Steenackers e colaboradores, 2023) e se não corrigidas com suplementos via oral ou injetável de forma contínua, essas deficiências de vitaminas e minerais podem causar sequelas irreparáveis no pós-operatório (Carvalho e colaboradores, 2018).

Visto que mais de 50% dos pacientes apresentaram intolerância alimentar no presente estudo, o acompanhamento nutricional após o procedimento cirúrgico se

torna necessário para que não ocorram possíveis deficiências de vitaminas e que os sintomas pós-cirúrgicos possam ser reduzidos.

Este estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho amostral, a dificuldade de adesão dos pacientes ao preenchimento do questionário, e a variabilidade no tempo de cirurgia. No entanto, as limitações não comprometem a relevância do estudo, que contribui para uma melhor compreensão das intercorrências alimentares após a cirurgia bariátrica.

CONCLUSÃO

Cerca de 50% dos pacientes apresentam intolerância alimentar a determinados grupos alimentares, possivelmente devido à adaptação do organismo à nova capacidade gástrica. Vômitos e síndrome de dumping foram identificados como fatores associados à intolerância.

Esses achados ressaltam a importância do acompanhamento nutricional pós-operatório, para ajustar hábitos alimentares e prevenir deficiências nutricionais decorrentes da intolerância alimentar.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4. Ed. São Paulo. Abeso. 2016.

2-Bernardes, A.C.; Silva, A.C.S.; Silva, A.C.S.; Silva, A.C.S. Correlação do Transtorno de Compulsão Alimentar em pacientes com Cirurgias Bariátricas. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 17. Num. 106. 2023. p. 54-63.

3-Cambi, M.P.C.; Marchesini, J.B. Acompanhamento Clínico, Dieta e Medicação. In: Garrido Junior, A. B. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Atheneu. 2003.

4-Cano-Valderrama, O.; Sánchez-Pernaute, I.; Rubio-Herrera, M.A.; Ferrer-Márquez, M.; Morgan, J.; Torres, A.J. Long-Term Food

Tolerance After Bariatric Surgery: Comparison of Three Different Surgical Techniques. *Obesity Surgery*. Vol. 28. Num. 6. 2018. p. 1540-1545.

5-Carvalho, L.V.; Nogueira, G.M.B.; Neto, J. O.; Limaverde, P.T. Intolerância Alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Fortaleza-CE. *Varia Scientia - Ciências da Saúde*. Vol. 4. Num. 1. 2018. p. 29-39 DOI: 10.48075/Vscs.V4i1.18451.

6-Costa, M.L.; Gentil, M.S.; Souza, M.F.C. Risco de disbiose e intolerância alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e emagrecimento*. São Paulo. Vol. 15. Num. 99. 2022. p. 1386-1395.

7-Freitas, S.; Lopes, C.S.; Coutinho, W.; Appolinario, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 23. Num. 4. 2001. p. 215-220.

8-Gobato, R.C.; Cazzo, E.; Baltieri, L.; Modena, D.A.O.; Chaim, E.A. Food Intolerance 1 Year After Banded Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*. Vol. 29. Num. 2. 2019. p. 485-491.

9-Godoy, C.M.A.; Aprígio, L.C.S.; Godoy, E.P.; Furtado, M.C.; Coelho, D.; Souza, L.B.R.; Oliveira, A.M.G. Food Tolerance and Eating Behavior After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*. Vol. 28. Num. 10. 2018. p. 3267-3273.

10-Gormally, J.; Black, S.; Daston, S.; Rardin, D. The Assessment of Binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, Vol. 7. Num. 1. 1982. p. 47-55.

11-Jelliffe, D. *Evolución del Estado Nutricion de La Comunidad*. Ginebra: Organização Mundial da Saúde (OMS), Série de Monografia. Vol. 53, 1968.

12-Lobato, C.D.; Monterio, M.P.; Guimarães, M. Hipoglicemia após Cirurgia Bariátrica: da evidência científica à prática clínica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2021.

13-Marinho, M.M.O.; Lima, S.L.; Silva, G.C.S.; Almeida, P.C.P. Estado Nutricional, Tolerância Alimentar e Qualidade de vida e pacientes

submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Cadernos de Pesquisa em Saúde e Educação*. Vol. 12. Num. 3. 2023. p. 45-58.

14-Martin, L.F.; Tan, T.L.; Holmes, P.A. Preoperative Insurance Status Influences postoperative complication rates for Gastric Bypass. *American Journal of Surgery*. Vol. 161. Num. 6. 1991. p. 625-634.

15-Mottin, C.C. Tolerância alimentar no acompanhamento pós-operatório da Cirurgia Bariátrica: Um estudo de 149 pacientes Obesos Mórbidos. *Boletim de Cirurgia da Obesidade*. Vol. 3. Num. 3. 2022. p. 45.

16-Paiva, L.L.; Pinto, S.L. Fatores associados à intolerância alimentar em pacientes no pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 30. Num. 1. 2015. p. 60-65.

17-Quadros, M.R.R.; Savaris, A.L.; Ferreira, M.V.; Branco Filho, A.J. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 22. Num. 1. 2007. p. 9-15.

18-Solé, D.; Silva, L.R.; Cocco, R.R.; Ferreira, C.H.T.; Sarni, R.O.; Oliveira, L.C.L.; Pastorino, A.C.; Weffort, V.R.S.; Morais, M.B.; Barreto, B.A.P.; Oliveira, J.C.; Castro, A.P.B.M.; Franco, J.M.; Chong, H.J.; Rosário, N.A.; Alonso, M.L.O.; Sarinho, E.S.C.; Yang, A.C.; Maranhão, H.S.; Toporovski, M.S.; Epifânio, M.; Wandalsen, N.F.; Rubini, N.P.M. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, Tratamento e Prevenção. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*. Vol. 2. Num. 1. 2018. p. 39-82.

19-Steenackers, N.; Van Der Schueren, B.; Augustijns, P.; Vanuytsel, T.; Matthys, C. Development and complications of nutritional deficiencies after Bariatric Surgery. *Nutrition Research Reviews*, Vol. 36. Num. 2, 2023. p. 512-525.

20-Suter, M.; Calmes, J.M.; Paroz, A.; Giusti, V. A New questionnaire for quick assessment of food tolerance after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, Vol. 17. Num. 1. 2007. p. 2-8. DOI: 10.1007/S11695-007-9016-3.

21-White, S.; Brooks, E.; Jurikova, L.; Stubbs, R. S. Long-Term outcomes after Gastric

Bypass. Obesity Surgery, Vol. 15. Num. 2.
2005. p. 155-163.

E-mail dos autores:

fernandacmnolet@mail.uft.edu.br

felipe.camera@mail.uft.edu.br

sonialopes@mail.uft.edu.br

Recebido para publicação em 12/03/2025

Aceito em 25/06/2025