

INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES E SINTOMAS ASSOCIADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À TÉCNICA DE FOBI-CAPELLA SEM ANEL GÁSTRICO

Food intolerances and associated symptoms in patients undergoing Fobi-Capella technique without gastric ring

Marcella de Arruda **MOREIRA**, Patrícia Ramos Maciel **ESPÍNOLA**,
Camila Wanderley de **AZEVEDO**, Cinthia Karla Rodrigues do Monte **GUEDES**

Trabalho realizado em clínica privada da cidade do Recife, PE, Brasil.

RESUMO - Racional: A cirurgia bariátrica é considerada o único método efetivo para tratamento da obesidade refratária e, principalmente, para aqueles em que o tratamento clínico não obteve sucesso. No entanto, o surgimento de intolerâncias alimentares e manifestações clínicas após são bastante comuns. **Objetivo:** Identificar intolerâncias alimentares e sintomas associados em pacientes submetidos à técnica de Fobi-Capella sem anel gástrico. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com pacientes adultos que possuíam no máximo um ano de pós-operatório. Foram investigados dados demográficos, antropométricos, peso e estatura pré-cirúrgicos. O estado nutricional foi classificado de acordo com os critérios estabelecidos pela World Health Organization. Considerou-se intolerância alimentar a presença de náuseas, vômitos, diarreia ou distensão abdominal após ingestão de um alimento específico. **Resultados:** A amostra foi composta por 61 pacientes que compareceram a consulta nutricional dos quais 26 (42,6%) apresentaram intolerância alimentar, sendo a maioria relacionada à carne vermelha (n=12; 34,3%) durante os primeiros seis meses da operação, havendo redução significativa entre os períodos de 0 a 6 meses e 7 a 12 meses (p=0,02). Dentre os sintomas relatados pelos pacientes, a náusea foi o mais recorrente até o 6º mês, porém sem diferença estatística entre os dois períodos (p=0,06). **Conclusão:** O procedimento de Fobi-Capella sem anel gástrico promoveu elevada frequência de intolerância às carnes em geral, principalmente para a vermelha, frango e peixe, nesta sequência; a náusea foi o sintoma mais frequente. Estes dados sugerem necessidade de acompanhamento nutricional adequado durante todo o período pós-operatório.

DESCRIPTORIOS - Cirurgia bariátrica. Alimentação. Sintomas.

Correspondência:

Marcella de Arruda Moreira
Email: marruda.moreira@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 23/10/2014
Aceito para publicação: 20/01/2015

HEADINGS - Bariatric surgery. Feeding. Symptoms.

ABSTRACT - Background: Bariatric surgery is considered the only effective method to treat refractory obesity, and especially for those in which clinical treatment was not successful. However, the appearance of food intolerances and clinical manifestations are quite common. **Aim:** To identify food intolerances and associated them to symptoms in patients undergoing Fobi-Capella technique without gastric ring. **Methods:** This was a cross-sectional study of adult patients who had more than one year after surgery. Demographic, anthropometric, weight and preoperative height data were investigated. Nutritional status was classified according to the criteria established by the World Health Organization. It was considered food intolerance the presence of nausea, vomiting, diarrhea or bloating after eating a particular food. **Results:** The sample consisted of 61 patients who attended the nutritional consultation of which 26 (42.6%) had food intolerance, mostly related to red meat (n=12; 34.3%) during the first six months of operation; there was a significant difference between the periods between 0 and 6 months, and 7 to 12 (p=0.02). Among the symptoms reported by patients, nausea was the most recurrent until the 6th month, but without significant differences between the two periods (p=0.06). **Conclusion:** The Fobi-Capella procedure without gastric ring promoted high frequency of intolerance to meat in general, especially for the red, chicken and fish, on this sequence; nausea was the most frequent symptom. These data suggest the need for adequate nutritional monitoring throughout the postoperative period.

INTRODUÇÃO

Devido ao significativo aumento da obesidade mórbida no mundo, a cirurgia bariátrica vem sendo realizada com frequência em vários países. De todas as técnicas aplicadas destaca-se a de Fobi-Capella⁴ com bypass gástrico em Y de Roux, método eficaz, de baixa morbidade e considerado o padrão-ouro para o tratamento da doença⁵.

Apesar do sucesso da perda ponderal e melhora do quadro de comorbidades associadas à obesidade, o surgimento de intolerâncias alimentares e manifestações clínicas são bastante comuns, podendo surgir por vários fatores, dentre eles, destacam-se as alterações ocorridas no sistema gastrointestinal e as lentas adaptações do organismo a todas as mudanças sofridas⁸. Contudo, não existe tempo determinado para o surgimento da intolerância; sabe-se apenas que ao longo do tempo sua intensidade diminui e pode variar entre os indivíduos¹⁷.

De acordo com Salviano et al.¹⁹, cerca de 53% dos pacientes submetidos a esse tipo de operação apresentam intolerância alimentar no período pós-operatório, sendo a maioria dos casos devido à ingestão de carne vermelha (44%), massas/doces (24%) e

leite (20%). Associados às intolerâncias podem estar presentes sintomas como náuseas, vômitos e síndrome de dumping²⁰.

Para minimizar as possíveis complicações que possam surgir, faz-se necessário acompanhamento nutricional tanto no período pré quanto no pós-operatório. De início, os cuidados são muito importantes para preparar o paciente quanto às mudanças que estarão por vir, e relacionadas aos hábitos alimentares, à mastigação inadequada, ao tamanho das porções e ao tempo que será necessário para realizar as refeições²².

No período pós-operatório, o acompanhamento nutricional é imprescindível, a fim de evitar intolerâncias alimentares, deficiências nutricionais, decorrentes da má alimentação e perda de peso em excesso, sem desconsiderar a importância de monitoramento multidisciplinar durante todo este período¹⁷.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar intolerâncias alimentares e sintomas associados em pacientes submetidos à técnica de Fobi-Capella sem anel gástrico.

MÉTODOS

Este estudo foi submetido ao sistema CEP/CONEP da Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer nº 06578412.0.0000.5193/2012, de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A permissão para a realização na unidade de saúde foi obtida através da assinatura de Carta de Anuência, assim como, foi obtida autorização dos pacientes mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi trabalho do tipo transversal, realizado em clínica privada da cidade do Recife, PE, Brasil, em que a população foi composta por pacientes submetidos à técnica de Fobi-Capella sem anel gástrico, entre 20 a 58 anos, de ambos os sexos, com ou sem morbidades associadas e que possuíam no máximo um ano de pós-operatório.

Intolerância à lactose, problemas renais ou doença celíaca, gestantes, pacientes que possuíam anel gástrico e indivíduos que se negaram a participar da pesquisa foram considerados os critérios de exclusão.

Foram coletados os dados dos pacientes que compareceram ao consultório de nutrição para dar início ou continuidade ao acompanhamento nutricional no período de agosto a novembro de 2012. Os dados demográficos e antropométricos pré-cirúrgicos foram coletados, salientando que o peso e a estatura pré-operatórios foram aferidos na última consulta nutricional antes da realização da operação. Os dados de peso e estatura foram utilizados para calcular o índice de massa corporal (IMC) pré-operatório de cada participante da pesquisa. O estado nutricional dos pacientes foi classificado de acordo com os critérios estabelecidos pela World Health Organization²⁴.

Para a coleta de dados sobre alimentação, foi utilizado um questionário validado sobre intolerância alimentar para atingir o objetivo da presente pesquisa. O mesmo foi autoaplicado, de fácil entendimento e preenchimento contendo perguntas objetivas e subjetivas, onde os pacientes relataram sua atual realidade alimentar. Considerou-se intolerância alimentar a presença de náuseas, vômitos, diarreia ou distensão abdominal após ingestão de um alimento específico¹².

Os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel 2007®. A análise estatística foi realizada através dos programas SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0 e Epi-info, versão 6.04. Com o objetivo de avaliar o comportamento das variáveis segundo o critério de normalidade da distribuição, utilizou-se o teste de Kolmogorov Smirnov. Todas as variáveis contínuas testadas apresentaram distribuição Gaussiana, sendo, portanto, apresentadas sob a forma de média e desvio-padrão ou percentuais, sendo

calculados os intervalos de confiança de 95%.

Para fins de comparação, os grupos foram categorizados de acordo com os períodos de pós-operatório (0-6 meses e 7-12 meses). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência simples, sendo comparadas através do teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, quando necessário. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 61 pacientes obesos, na faixa etária de 20 a 58 anos, com idade média de 37,9 anos (desvio padrão±10,3), com média de IMC de 44,1 kg/m² (desvio padrão±5,2). Observou-se maior frequência de mulheres (82%; IC_{95%} 70,0-90,6), com predominância na faixa etária de 35 a 59 anos (57,4%; IC_{95%} 44,0-69,9).

Como demonstrado na Tabela 1, as intolerâncias foram determinadas por grupos alimentares, observando-se maior frequência de intolerância a carnes em geral no período de zero a seis meses (78,9%), com declínio significativo no período de sete a doze (p=0,02).

TABELA 1 - Distribuição das intolerâncias alimentares no pós-operatório de Fobi-Capella por períodos de 0 a 6 meses, e de 7 a 12 meses

Grupos alimentares	Período pós-operatório				χ*	p**
	0-6 meses		7-12 meses			
	n	%	n	%		
Carnes em geral	15	78,9	4	21,1	5,250	0,02
Cereais e farináceos	3	42,9	4	57,1	0,682	0,40
Leguminosas	2	66,7	1	33,3	0,111	0,74
Tubérculos	2	66,7	1	33,3	0,111	0,74
Laticínios	6	75,0	2	25,0	1,169	0,28
Açúcar e doces	3	50,0	3	50,0	0,148	0,70
Frituras	2	66,7	1	33,3	0,111	0,74

n=número de pacientes; *Qui-quadrado de Pearson; **p-valor

Os alimentos mais relatados como causadores de intolerância durante o primeiro período foram a carne vermelha (n=12; 34,2%), frango (n=9; 25,7%), peixe (n=4; 11,42%).

Vinte pacientes (57,1%) apresentaram intolerância alimentar durante o período de 0 a 6 meses e seis (23,0%) referente ao período de 7 a 12.

No segundo período (7-12 meses) identificou-se diminuição dos sintomas relacionados às intolerâncias, em comparação ao primeiro; porém, não foi observada diferença estatística (Tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição das manifestações clínicas no pós-operatório de Fobi-Capella por períodos de 0 a 6 meses, e de 7 a 12 meses

Manifestações clínicas	Período pós-operatório				χ*	p**
	0-6 meses		7-12 meses			
	n	%	n	%		
Diarreia	1	50,0	1	50,0	0,046	0,83
Náuseas	13	76,5	4	23,5	3,513	0,06
Vômitos	7	63,6	4	36,4	0,215	0,64
Refluxo gastroesofágico	6	85,7	1	14,3	2,596	0,22***
Plenitude pós-prandial	7	87,5	1	12,5	3,416	0,12***
Dor abdominal	8	88,9	1	11,1	4,287	0,06***
Síndrome de dumping	3	60,0	2	40,0	0,015	0,90

n=número de pacientes; *Qui-quadrado de Pearson; **p-valor; *** teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

A obesidade é doença crônica não transmissível, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo atualmente considerada grave problema de saúde pública, atingindo proporções epidêmicas tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento¹⁴. De acordo com a literatura, sua causa está relacionada à complexas interações endocrinometabólicas, genéticas, socioeconômicas, ambientais, comportamentais e psicológicas⁷.

Diversas morbidades podem estar associadas à obesidade, devido ao excesso de gordura corporal, como diabete melito, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares. Todos esses fatores podem agravar o estado de saúde do indivíduo, podendo levar à morte mais precocemente¹¹.

Na presente pesquisa, a média de idade (37,8 anos) e do IMC (44,1 kg/m²) avaliados no período pré-operatório foram semelhantes às obtidas por Bregon *et al.*¹.

A frequência de mulheres participantes na pesquisa foi consideravelmente maior em relação aos homens, assim como observado no estudo de Quadros *et al.*¹⁷, que dentre os 165 pacientes analisados, 128 (77,6%) eram mulheres. Uma possível justificativa para fato podem ser os rigorosos padrões de beleza impostos pela sociedade, assim como a maior incidência de mulheres obesas em relação a homens obesos na cidade do Recife, segundo dados do Ministério da Saúde, que evidenciou obesidade em 17,1% das mulheres e 12,2% dos homens¹⁰.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), a obesidade aumentou entre a população brasileira adulta ao longo dos últimos 35 anos. Esse crescimento foi significativamente maior entre homens, passando de 2,8% para 12,4%, enquanto nas mulheres aumentou de 8% para 16,9%. Contudo, apesar do grande crescimento da obesidade entre os homens, a prevalência continua maior entre as mulheres⁷.

Foi observado entre a população estudada um maior percentual de pacientes na faixa etária entre 35 e 59 anos. Estudos brasileiros revelam que o envelhecimento é um fator relevante para a obesidade e atinge principalmente as mulheres. Considerando apenas a população feminina, a obesidade evolui por volta de 6% a cada 10 anos. Deste modo, cerca de 6,9% das mulheres com idade entre 18 e 24 anos são obesas e esse percentual quase dobra na faixa de 25 a 34 anos (12,4%) e praticamente triplica entre 35 e 44 anos (17,1%). Ao atingir 45 anos a incidência de obesidade se mantém em um patamar mais elevado, atingindo cerca de um quarto das mulheres¹¹.

A intolerância alimentar no período pós-operatório ocorreu em 26 indivíduos (42,6%), proporção um pouco inferior à encontrada anteriormente por Soares e Falcão²¹ (46,7%) e Cruz e Marimoto² (46,5%), porém superior a encontrada por Silva *et al.*²⁰ (37,7%). Os alimentos do grupo proteico foram os menos tolerados, tendo como destaque a carne vermelha, que apresentou frequência elevada durante período de 0 a 6 meses (n=12; 34,28%). Já a intolerância ao grupo dos cereais e farináceos foi maior no período de 7 a 12 meses (n=4; 57,1%); porém, sem diferença estatística (p=0,40).

Os dados obtidos relacionados à intolerância alimentar foram semelhantes aos do estudo realizado com 37 pacientes obesos, acompanhados em hospital universitário, onde verificaram aumento progressivo na frequência da intolerância a alimentos do grupo proteico, principalmente a carne vermelha (35,3%) e frango (11,8%), nos primeiros três meses após a realização da operação. O surgimento de intolerância aos cereais e farináceos, como o arroz (11,8%) e o fubá de milho (14,7%), foi observado a partir do terceiro mês pós-operatório¹³.

A intolerância à carne pode ocorrer devido à significativa ressecção gástrica proporcionada pela operação, tendo consequentemente alteração na produção de pepsina,

responsável principal pela digestão das proteínas⁹. Quanto à dificuldade em aceitação de arroz, a digestão é dificultada pelo processo de hidratação e gelatinização que ele sofre quando submetido à cocção, dificultando a ação enzimática da amilase²³.

Quanto aos problemas alimentares pela ingestão de leguminosas e tubérculos, não foi encontrado no presente estudo número significativo de relatos em ambos os grupos estudados, fato que pode ser justificado pelo baixo consumo de alimentos ricos em fibras durante o primeiro ano do pós-operatório¹⁷.

Em alguns pacientes, o consumo de lactose pode não ser bem tolerado, visto que o desvio intestinal causado pela operação leva à produção inadequada da lactase, resultando em má digestão da lactose³. Pelo fato do primeiro mês pós-operatório ser o mais crítico, devido às recentes modificações ocorridas, foi encontrado na presente pesquisa maior número de intolerâncias durante o período de 0 a 6 meses.

A frequência de intolerância a açúcar e doces foi a mesma nos dois períodos analisados e a intolerância a frituras foi um pouco maior durante os primeiros seis meses; porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos estudados. Segundo Gomes *et al.*⁶, a partir do sexto mês pós-operatório, pacientes operados passam a consumir maior quantidade de alimentos ricos em açúcares simples e alimentos gordurosos, podendo surgir com maior frequência problemas quanto à sua tolerância.

Associado às intolerâncias alimentares, sintomas como diarreia, náuseas, vômitos, refluxo gastroesofágico, plenitude pós-prandial, dor abdominal e síndrome de dumping foram relatados pelos pacientes, sendo estas manifestações mais frequente no primeiro semestre pós-operatório. Porém, os sintomas analisados não obtiveram diferença significativa entre os dois períodos de comparação.

A dor abdominal pode surgir com maior frequência nos primeiros meses pós-operatório, decorrente da grande ingestão alimentar, além de mastigação ineficiente dos alimentos, dificultando deste modo o processo de digestão¹⁸.

Pessina, Andreoli e Vassallo¹⁶ afirmam que nas primeiras semanas de pós-operatório, queixas como náuseas e vômitos são mais frequentes. Mottin *et al.*¹⁵ relataram que 48,9% dos pacientes apresentaram vômitos no segundo mês pós-operatório, coincidindo com a introdução de alimentos de consistência normal, sendo mais prevalentes devido à ingestão de carne e arroz. Em outro estudo, realizado com 69 pacientes, 37,7% apresentaram intolerância alimentar, sendo que os sintomas mais relatados foram vômitos (69%) e diarreia (12%)²⁰.

Em relação à síndrome dumping, Deitel³ afirma que o aparecimento desses sintomas pode acometer cerca de 70% dos pacientes, principalmente nos primeiros meses de pós-operatório, corroborando assim como o presente estudo, em que a incidência desta síndrome foi maior no primeiro período estudado (60%); porém, não houve diferença significativa em comparação ao segundo período.

CONCLUSÃO

O procedimento de Fobi-Capella sem anel gástrico promoveu elevada frequência de intolerância às carnes em geral, principalmente para a vermelha, frango e peixe, nesta sequência; a náusea foi o sintoma mais frequente. Estes dados sugerem necessidade de acompanhamento nutricional adequado durante todo o período pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Bregon NO, Silva SA, Salvo VLMA. Estado nutricional e condição de saúde de pacientes nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Ciênc Saúde, ano III. 2007 Out/Dez; (14).

2. Cruz MRR, Marimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Rev Nutr.* 2004; 17(2): 263-72.
3. Deitel M. The change in the dumping syndrome concept. *Obes Surg.* 2008; 18:1622-24.
4. Fancisco MC, Barella SM, Abud TG, Vilar VS, Reibschied S, Arasaki CH, et al. Análise Radiológica das alterações gastrintestinais após cirurgia de Fobi-Capella. *Radiol Bras.* 2007; 40(4): 235-238.
5. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev Col Bras Cir.* 2003 Mar/Abr; 30 (2):98-105.
6. Gomes GS, Rosa MA, Faria HRM. Perfil nutricional dos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Digital de Nutrição.* 2009 Ago/Dez; 3(5):462-476.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. [acesso em: 2012 Nov 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>.
8. Jóia-Neto, Luiz, Lopes-Junior, Ascêncio Garcia and Jacob, Carlos Eduardo Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD, arq. bras. cir. dig., Dez 2010, vol.23, no.4, p.266-269. ISSN 0102-6720*
9. Kenler HA, Brolin RE, Cody RP. Changes in eating behavior after horizontal gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Am J Clin Nutr.* 1990; 52(1):87-92.
10. Ministério da Saúde. Dados de obesidade por capital. [acesso em: 2012 Nov 24]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/obesidade_100412.pdf>.
11. Ministério da Saúde. Quase metade da população brasileira está acima do peso. [acesso em: 2012 Nov 25]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4718/162/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>>.
12. Moize V, Geliebter A, Gluck ME et al. Obese patients have inadequate protein intake related to protein intolerance up to 1 year following Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2003; 13:23-8
13. Moreira MA, Silva SA, Araújo CMS, Nascimento CCC. Avaliação clínico-nutricional de obesos submetidos ao Bypass Gástrico em Y de Roux. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2010 Sep; 40(3): 244-50.
14. Moreira MA, Silva SA, Nascimento CCC. Frequência de intolerância e aversão alimentar e estado nutricional de obesos submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital universitário. *Rev Bras Nutr Clínica.* 2009; 24 (3 Supl):1-148.
15. Mottin CC. Tolerância alimentar no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica: um estudo de 149 pacientes obesos mórbidos. *Boletim Cirurgia da Obesidade.* 2002; 3(3):45.
16. Pessina A, Andreoli M, Vassalo C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obes Surg.* 2001; 11(4):459-63.
17. Quadros MRR, Savaris AL, Ferreira MV, Branco Filho AJ. Intolerância alimentar no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007; 22 (1): 15-9.
18. Quilici MTV. E após a cirurgia bariátrica? *Rev Fac Cienc Med.* 2006; 8(3): 30-2.
19. Salviano FN, Burgos MGPA, Cavalcanti AC, Cabral PC, Viana LA. Prevalência de intolerância alimentar no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Boletim SBCB.* 2004; 9:72.
20. Silva MRSB, Silva SRB, Ferreira AD. Intolerância alimentar pós-operatória e perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica Bypass Gástrico. *J Health Sci Inst.* 2011; 29(1):41-4.
21. Soares CC, Falcão MC. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007; 22(1): 59-64.
22. Valezi AC, Brito SJ, Mali Junior J, 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 Bras Cir.* 2008 Nov / Dez; 35(6).
23. White S, Brooks E, Jurikova L, Stubbs RS. Long-term outcomes after gastric bypass. *Obes Surg.* 2005; 15(2):155-63.
24. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization; 1995. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/> Acessado em: 29/01/2015

No artigo "INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES E SINTOMAS ASSOCIADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À TÉCNICA DE FOBI-CAPELLA SEM ANEL GÁSTRICO", com o número de DOI: /10.1590/S0102-67202015000100010 publicado no periódico Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 28(1):36-39, ná pagina 36:

Inclusão da autor:

Cinthia Karla Rodrigues do Monte Guedes
