

II CURSO DE EXTENSÃO

Realização:



FUNDAMENTOS EM CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL



10 de março de 2023

Inscrições

Curso gratuito e com certificado



Curso presencial
Auditório do CCS- Maruípe



8h às 17h

Apoio:



EBSERH ProEx
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Dr^a. Elaine Cristina Viana

- Nutricionista e Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV);
- Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Tese de Doutorado desenvolvida com pacientes de cirurgia bariátrica;
- Nutricionista Voluntária no Programa de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da HUCAM;
- 18 anos de experiência na docência Universitária e orientação de trabalhos acadêmicos para estudantes de Nutrição e Educação Física;
- 17 anos de atendimento clínico-nutricional à população em Clínica de Nutrição e em ambiente hospitalar como orientação de estudantes de Nutrição;
- Presidente da Associação de Nutrição do Estado do Espírito Santo – ANEES no período de 2012 a 2016 e membro de sua Diretoria de 2008 a 2012 e 2016 a 2019;
- Trabalhos científicos em revistas científicas internacionais indexadas;

**Acompanhamento
nutricional no pós-
operatório imediato e
longo prazo.**

**Complicações – Dumping,
vômitos, hipoglicemia,
desnutrição proteica**


Pós Operatório

Do ponto de vista alimentar é caracterizado por mudanças na quantidade, qualidade e consistência da dieta que devem evoluir gradativamente a depender da tolerância e fase pós.





Etapas de evolução da consistência da dieta do Pós operatório

- ❖ Dieta líquidos claros;
- ❖ Dieta líquida completa;
- ❖ Dieta pastosa a sólida 
- ❖ Dieta de consistência normal



Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures – 2019 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists

Jeffrey I. Mechanick, MD, FACP, FACN, MACE¹, Caroline Apovian, MD², Stacy Brethauer, MD³, W. Timothy Garvey, MD, FACE⁴, Aaron M. Joffe, DO, FCCM⁵, Julie Kim, MD⁶, Robert F. Kushner, MD⁷, Richard Lindquist, MD, FAASP⁸, Rachel Pessah-Pollack, MD, FACE⁹, Jennifer Seger, MD¹⁰, Richard D. Urman, MD, MBA, CPE¹¹, Stephanie Adams, PhD¹², John B. Cleek, MD¹³, Riccardo Correa, MD, FACE¹⁴, M. Kathleen Figaro, MD, MS, FACE¹⁵, Karen Flanders, MSN, CNP, CBN¹⁶, Jayleen Grams, MD, PhD¹⁷, Daniel L. Hurley, MD, FACE¹⁸, Shanu Kothari, MD, FACS, FASMBS¹⁹, Michael V. Seger, MD, FACS, FASMBS²⁰, and Christopher D. Still, DO, FACN, FACP²¹

Tempo de duração das fases:

7 a 15 dias

Tempo de evolução da Consistência:

4 a 8 semanas

UpToDate: Postoperative Nutritional Management (857)

Surgeon or institution specific

Stage 1 and 2: Hydration and liquids

- Clear liquid diet (brief period)
- Full liquids and possibly pureed foods, which includes liquid sources of protein and small amounts of carbohydrates (up to several weeks after surgery)

Stage 3: Solid foods with an emphasis on protein sources, some carbohydrates, and fiber (~10-14 days after surgery)

Stage 4: Micronutrient supplementation (when patient reaches a stable or maintenance weight)

Long-term diet:

- Roux-en-Y gastric bypass - well balanced diet containing all the essential nutrients; possible postoperative diets may include

2008 ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines (858)

Diet Stage:

Clear liquid (1 to 2 days after surgery)

- Sugar-free or low sugar

Full liquid (10-14 days after surgery)

- Sugar-free or low sugar

Pureed (10-14+ days)

- Foods that have been blended or liquefied with adequate fluid

Mechanically altered soft (> 14 days after surgery)

- Textured-modified
- Require minimal chewing
- Chopped, ground, mashed, flaked, or pureed foods

Regular textured (6-8 weeks after surgery)

Academy of Nutrition and Dietetics Pocket Guide to Bariatric Surgery, 2nd ed (859)

Postoperative nutrition care of the bariatric patient has 2 distinct stages during the first year:

- 0-3 months
- 3 months-1 year

Typically described in stages:

- Diet Stage 1: Clear liquid diet—very short term; used in the hospital on postoperative days (POD) 1 and 2; liquids low in calories and sugar and free of caffeine, carbonation, and alcohol
- Diet Stage 2: Full liquid diet—started between POD 2 and POD 3; continues for ~14 days; clear liquids + full liquids that are low in sugar with up to 25-30 g of protein per serving
- Diet Stage 3: Soft food texture progression—timing varies by type of surgery and duration depends on patient's response to foods; replace protein-containing full liquids with soft, semisolid protein sources (moist, soft, diced, ground, or pureed), 3-5 times/day, as tolerated
- Diet Stage 4: Regular solid food diet

(Mechanick et al., 2020)



Evolução da Consistência da dieta pós Bariátrica - HUCAM

1 Fase

Líquidos ralos e coados:

Chás (evitar irritantes da mucosa do estômago), Água de coco coada, refresco de fruta naturais, de polpas ou industrializados sem açúcar e coados (não ácidos), sopa de legumes liquidificada e coada (em peneira fina) → oferecer a cada 30 minutos 50 mL

2 Fase

Líquida Completa: líquidos e coados:

Leite desnatado; leite de soja, leite sem lactose, iogurte líquido desnatado ou light (sem pedaços de frutas ou cereais), gelatina em pó (diet), mingaus ralos feito com leite desnatado, sopa de legumes com um pedaço pequeno de carne batida e coada, Vitamina de frutas bem liquidificadas e coadas → oferecer a cada 30 minutos 50 mL

Sem açúcar, água em pequenos goles nos intervalos e observar sintomas gastrointestinais

3 Fase

Líquida Pastosa:

Todos os itens das duas primeiras semanas anteriores, sopas cremosas de legumes e carne batidas e não coadas, legumes bem cozidos amassados (purê), frutas amassadas ou raspadas, vitamina de frutas, mingaus → aumentar gradativamente o volume para 100 mL em intervalos de 2 horas.

2 Fase

Pastosa/Branda:

Carnes (bem cozidas, desfiadas, picadas ou trituradas, bem moída, ensopada, ovo pochê ou mexido, legumes amassados, legumes cozidos e amassados, biscoito água e sal, torradas finas de pão de sal, frutas macias, sem bgaço e sem casca e picadas. → aumentar gradativamente o volume para 100 mL em intervalos de 2 horas

Sem açúcar, água em pequenos goles nos intervalos e observar sintomas gastrointestinais

4 Fase

Branda/ Normal

Todos os itens das etapas anteriores, aumentar gradativamente a consistência → aumentar gradativamente o volume para 100 mL em intervalos de 2 horas e após um mês 150 mL em intervalos de 3 em 3 horas.

Complicações

❖ **Vômitos:**

é uma das complicações mais frequentes relatadas no período pós-cirúrgico podendo ser um sintoma persistente a depender do tipo de cirurgia, da mastigação e da forma do alimento ingerido, bem como da adaptação dos indivíduos submetidos à CB

Quando muito frequentes evitar a introdução de alimentos que a pessoa não goste ou que não sejam do seu hábito para evitar a recusa das demais refeições e prejudicar ainda mais a ingestão alimentar



Complicações

❖ **Vômitos:**

- Mastigação cuidadosa e intensa
- Aumente o fracionamento das refeições;
- Recomendar a não ingestão de líquidos durante as refeições, especialmente para GV e DGYR;
- Respeitar a evolução da consistência da dieta;
- Evitar alimentos com muitos condimentos (por serem também irritantes da mucosa gástrica), gordurosos ou com sabor doce;
- Sugira a ingestão de preparações geladas, frias ou à temperatura ambiente;
- Não deitar logo após refeições.



Complicações

❖ **Dumping:**

é uma complicação é uma resposta a cirurgia gastrointestinal superior e pode estar associada a falta de um piloro funcional. Como seus sintomas são característicos é comumente identificada pelos pacientes e pode ocorrer no momento da refeição e após 30 minutos depois. Leva a alterações hormônios intestinais de incluindo agentes vasoativos (neurotensina e peptídeo intestinal vasoativo), incretinas (GLP-1 e polipeptídeo gástrico inibitório) e moduladores de glicose (insulina e glucagon).



Complicações

❖ Dumping:

Dentre os sintomas gastrointestinais:
dor abdominal, diarreia, borborigmos, gases e náuseas, e,

Sintomas vasomotores: palpitações, taquicardia, hipotensão,
sincope e transpiração



Complicações

❖ **Hipoglicemia:**

Os sintomas são muito similares, só que mais tardiamente, em torno de 60-180 min após a refeição, normalmente associada a rápida elevação da glicemia e uma hipoglicemia reativa.

Sintomas: hipoglicemia, transpiração, palpitações, orexia, fraqueza, confusão, tremor e síncope



Complicações

❖ Diagnóstico

O teste de tolerância à glicose: provoca os sintomas e confirmar a suspeita clínica.

➔ 30 minutos houver um aumento maior que 3% de hematócrito, sugerindo um Dumping Precoce e ou se após 120-180 minutos, o paciente testado cursar com hipoglicemia. Batimentos cardíacos com aumento maior que 10bpm após 30 minutos

Score de Sigstad	
Choque	+5
Desmaio, síncope, inconsciência	+4
Desejode sentar-se	+4
Falta de ar, dispneia	+3
Fraqueza, exaustão	+3
Sonolência,apatia	+3
Palpitações	+3
Inquietação	+2
Tontura	+2
Dores de cabeça	+1
Sensação de calor, suando, palidez, pele úmida	+1
Náusea	+1
Plenitude abdominal	+1
Borboriguimo	+1
Eructação	-1
Vômito	-4

Tabela 1. Score de Sigstad



Complicações

Dicas:

- Monitorar a ocorrência entre os pacientes;
- Encorajar maior ingestão de alimentos ricos em proteína e baixo índice glicêmico e ricos em fibras;
- Relembrar sempre para que alimentos sólidos e líquidos não sejam ingeridos conjuntamente (avaliar o intervalo entre sólidos e líquidos);
- Desencorajar a ingestão de alimentos e bebidas açucaradas e bebida alcoólica.



Complicações

❖ Desnutrição

Caracterizada pela diminuição da energia e proteína e acompanhada de outras deficiências nutricionais como de micronutrientes.



Reflexões

Além dos valores de referência

Exames

Comportamento alimentar

Avaliação de deficiências micronutrientes

Av. Dietética

Desnutrição

Animal

Avaliação quantitativa

Massa muscular

Vegetal

Exercício

Movimento e autonomia

Muscle–Organ Crosstalk: The Emerging Roles of Myokines

Mai Charlotte Krogh Severinsen, Bente Klarlund Pedersen

Endocrine Reviews, Volume 41, Issue 4, August 2020, Pages 594–609,

<https://doi.org/10.1210/endrev/bnaa016>

Published: 11 May 2020 Article history

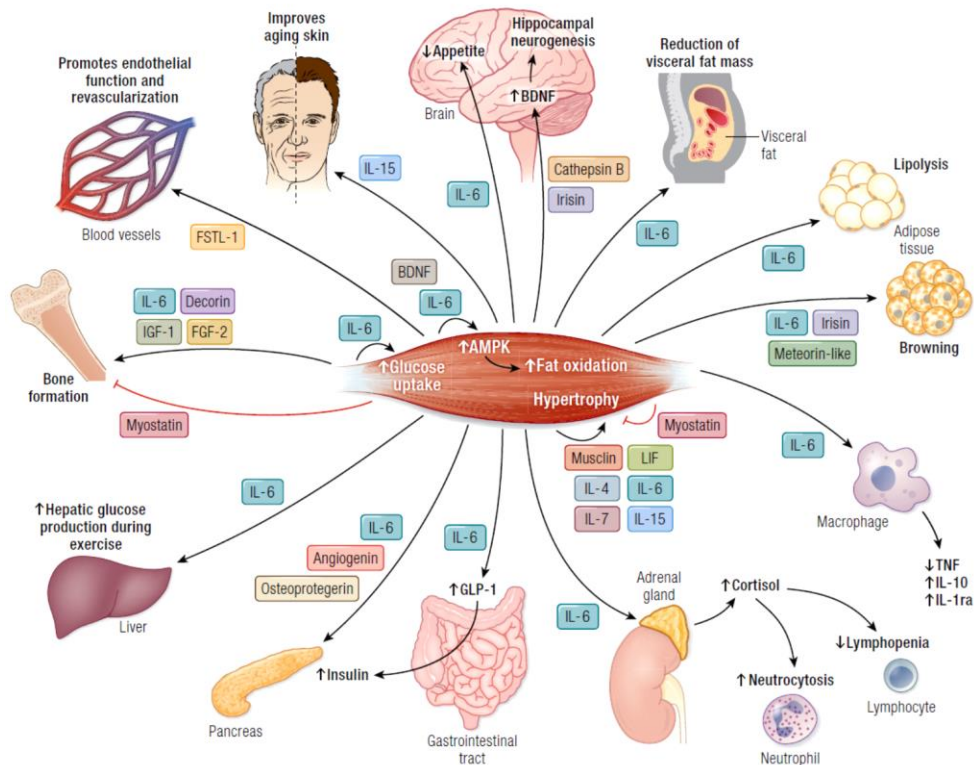


TABLE 12 (Continued).

UpToDate: Postoperative Nutritional Management (857)

46 g/d—women
56 g/d—men

Protein needs:

- Should constitute 10%-35% of daily caloric intake
- Weight maintenance: 0.8-1.2 g/kg body weight per day
- Active weight loss: 1.2 g/kg body weight (BPD/DS may require 1.5-2.0 g/kg body weight per day)

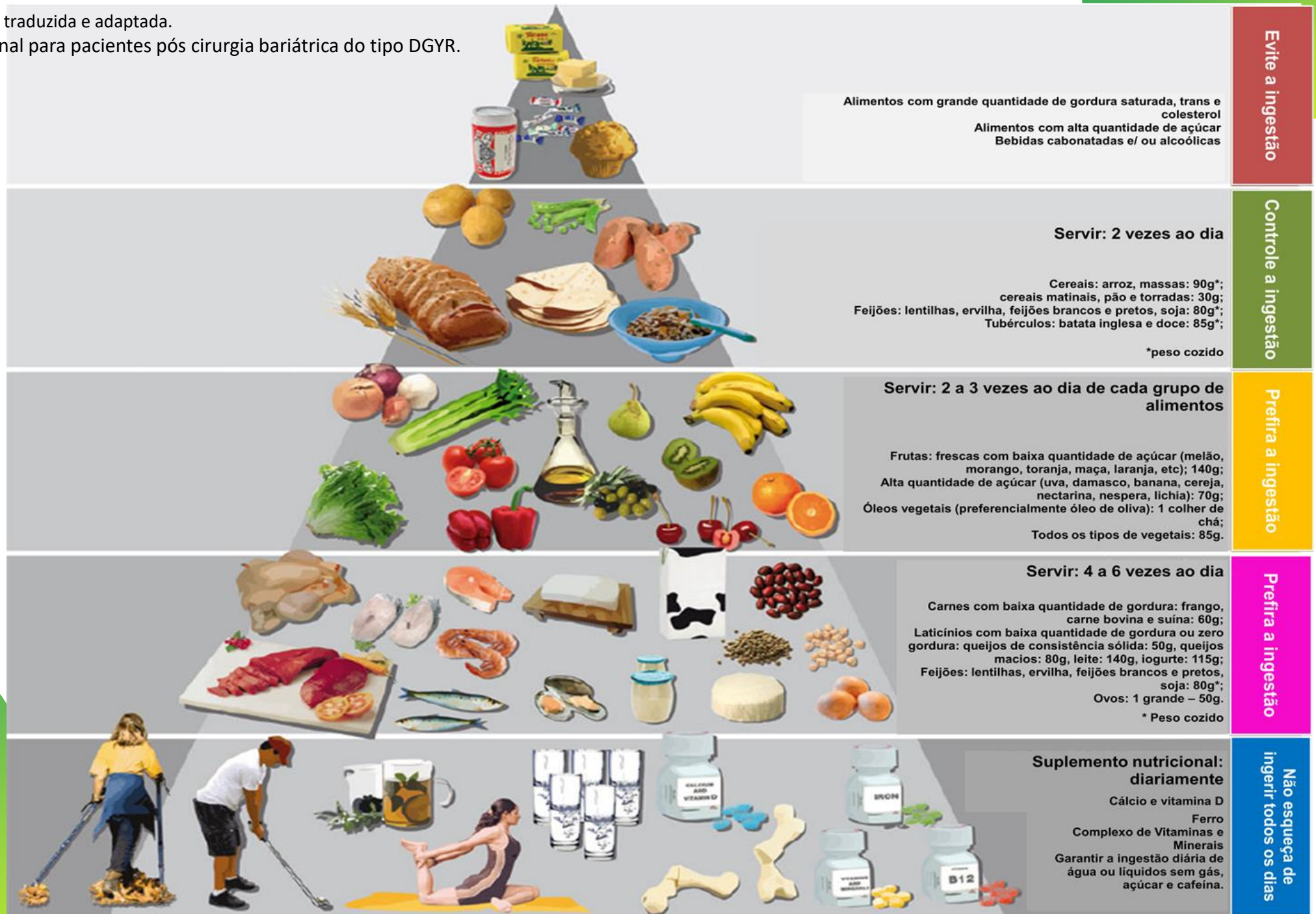
Postoperative management (857)	2008 ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines (858)	Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: ERAS Society Recommendations (568)	Academy of Nutrition and Dietetics Pocket Guide to Bariatric Surgery, 2 nd ed (859)
Protein should constitute 10%-35% of daily caloric intake	Exact needs have yet to be defined	Should average 60-20 g daily	Guidelines for protein consumption not defined
Weight maintenance: 0.8-1.2 g/kg body weight per day	N/A	N/A	N/A
Active weight loss: 1.2 g/kg body weight (BPD/DS may require 1.5-2.0 g/kg body weight per day)	N/A	N/A	N/A
Weight maintenance: 0.8-1.2 g/kg body weight per day	Avoid/delay <ul style="list-style-type: none"> • Concentrated sweets • Carbonated beverages • Fruit juice • High-saturated fat, fried foods • Soft doughy bread, pasta, rice • Tough, dry, red meat • Nuts, popcorn, other fibrous foods • Caffeine • Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple small meals each day • Chewing food thoroughly without drinking beverages at the same time • Consume fluids slowly 	<ul style="list-style-type: none"> • Practice mindful eating • Chew all food until it is smooth • Make sure food is soft and moist enough to swallow without sticking • Do not drink liquids during meals • Wait 30 minutes after eating before resuming fluid intake • Avoid bread, rice, and pasta until able to comfortably consume adequate protein, vegetables and fruits
Other	Close monitoring with a registered dietitian	Dietitian's role is a vital component of the bariatric surgery process	RD responsible for the nutrition care of the postsurgery patient and plays an important role in every aspect of care, from pre-operative assessment of the patient to long-term follow-up, evaluation, and monitoring
		Follow up with registered dietitian	
		Nutritional and meal planning guidance should be provided to patient and family before bariatric surgery and during the postoperative hospital course and reinforced at subsequent outpatient visits	
		Consultation should be provided with a dietitian and a protocol-derived staged meal progression, based on the type of surgical procedure, should be adhered to	

(Mechanick et al., 2020)

Abbreviations: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; BPD/DS = biliopancreatic diversion with duodenal switch; DASH = dietary approaches to stop hypertension; ERAS = enhanced recovery after surgery; LAGB = laparoscopic adjustable gastric band; N/A = not applicable; RD = registered dietitian; RYGB = Roux-en-Y gastric bypass; SG = sleeve gastrectomy.

Fonte: Moizé et al. (2010)⁶⁷ traduzida e adaptada.

Figura. Pirâmide Nutricional para pacientes pós cirurgia bariátrica do tipo DGYR.



⊕ Tabela 5. Exemplificação de uma prescrição de 1200 kcal com 60g de proteína.

Grupo alimentar	Frequência: dia (d); semana (s)	Tipo de alimento	Gramas do alimento*	Gramas de proteína**	Recomendações	
Proteína	4-6/ dia	Carnes				
		Frango	60	15-19	Evitar a gordura da carne	
		Bovina	60	15-20		
		Suína	60	13-19		
		Peixes				
		Oleosos	60	13-18	Escolha peixes oleosos pelo menos 3 x/s	
		Branco	85	16-23		
		Produtos lácteos				
		Queijos de consistência sólida (duros)	50	11-13,5	Escolha produtos lácteos com baixa quantidade de gordura ou zero gordura e ricos em cálcio	
		Queijos macios	80	8-12		
		Leite	140	4-5		
		Iogurte	115	4-7		
		Feijões	80	6-8	Mistura de feijões com cereais	
Ovos	50 (unidade grande)	6	Adicionar para enriquecer sopas			
Frutas	2-3/d	frutas frescas com baixa quantidade de açúcar (melão, morango, toranja, maçã, laranja, pera etc);	140	1	Escolha frutas com baixa quantidade de açúcar mais frequentemente como uma boa fonte de vitaminas e fibras	
		Alta quantidade de açúcar (uva, damasco, banana, cereja, nectarina, nêspera, lichia)	70	0,75		

Grupo alimentar	Frequência: dia (d); semana (s)	Tipo de alimento	Gramas do alimento*	Gramas de proteína**	Recomendações
Vegetais	2-3/d	Todos os tipos	85	1-3	Use os vegetais para aumentar a saciedade e para e como uma boa fonte de fibras
Grão	2/d	Arroz, massas	90	2-5	Prefira cereais integrais e diminua os processados
		Cereais matinais, pão e torradas	30	2-4	
		Feijões	80	6-8	
		Tubérculos	85	2-4	
Óleos	2-3/d	Óleo de oliva	6 (1 colher de chá)	0	Selecione óleos vegetais, de preferência os óleos de oliva e com menor quantidade de gordura saturada.
		Óleo de girassol	6 (1 colher de chá)	0	

*peso cozido

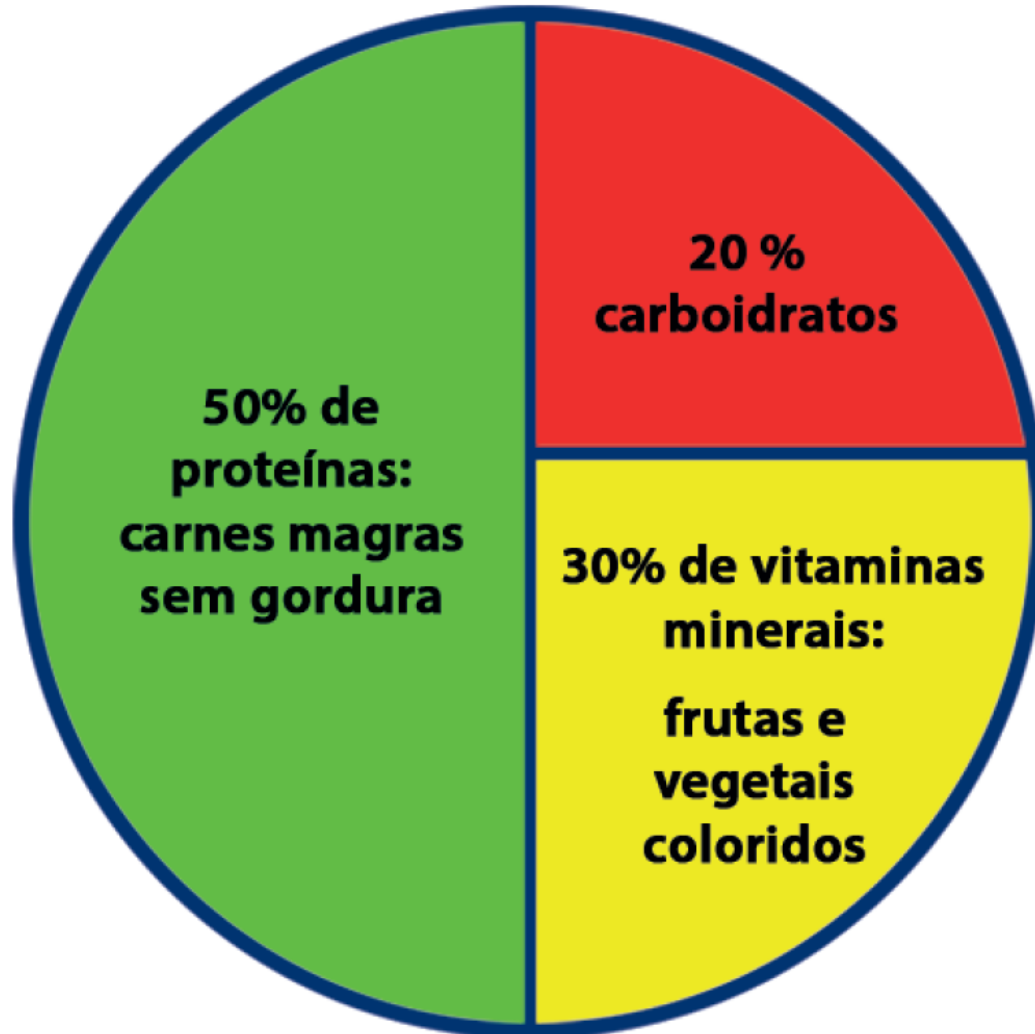
**USDA National Nutrient Database para Referência Padrão. Os valores de nutrientes e a quantidade em gramas são para parte comestível e foi feito arredondamento para o valores mais próximos.

Fonte: Moizé et al. (2010)⁶⁷ traduzida e adaptada.

GUIA ALIMENTAR BARIÁTRICO: MODELO DO PRATO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Bariatric diet guide: plate model template for bariatric surgery patients

Maria Paula Carlini **CAMBI**¹, Giorgio Alfredo Pedroso **BARETTA**¹



Informações complementares ao MPB:

Uso de suplementos nutricionais:

- Whey Protein
- Polivitamínico
- Ferro
- Cálcio
- Vitamina B12

Atividade física programada

Ingestão satisfatória de água: 30 ml por quilograma de peso ideal por dia

Para as refeições de café da manhã e lanches:

50% do prato de proteínas ricas em cálcio: leite e derivados pobres em gordura; 30% do prato de vitaminas e minerais: frutas in natura; 20% do prato de carboidratos : pães , bolachas integrais ou cereais integrais

GUIA ALIMENTAR BARIÁTRICO: MODELO DO PRATO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Bariatric diet guide: plate model template for bariatric surgery patients

Maria Paula Carlini **CAMBI**¹, Giorgio Alfredo Pedroso **BARETTA**¹



SIGA AS INSTRUÇÕES DA BORDA DO PRATO

- 1-**Aprecie este momento** - Lembre-se de apreciar sua refeição. Sinta o aroma, o sabor, a textura do alimento. Desacelere.
- 2-**Mastigue bem os alimentos** – Coma sem pressa mastigue vagarosamente os alimentos.
- 3-**Saboreie o alimento** - Coma com atenção, sinta o sabor dos diferentes alimentos da sua refeição. Tensão cria uma pressão para cima do estômago que dificulta o alimento descer.
- 4-**Pausa para a próxima garfada** - ao colocar a comida na boca, descanse o talher e sirva-se novamente somente após engolir.

Assegure-se que a quantidade de comida que você colocará na boca é de um tamanho pequeno → verifique através do círculo verde na parte de baixo do prato. O mesmo deve ser pequeno o suficiente para caber nesse espaço.

Célia Beleli- CRN: 31501

Nutricionista do Grupo de Cirurgia Bariátrica de Valinhos (GCBV) - SP



Surgery for Obesity and Related Diseases 13 (2017) 727–741

SURGERY FOR OBESITY
AND RELATED DISEASES

Review article

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients

Julie Parrott, M.S., R.D.N.^{a,*}, Laura Frank, Ph.D., M.P.H., R.D.N., C.D.^b,
Rebecca Rabena, R.D.N., L.D.N.^c, Lillian Craggs-Dino, D.H.A., R.D.N., L.D.N.^d,
Kellene A. Isom, M.S., R.D.N., L.D.N.^e, Laura Greiman, M.P.H., R.D.N.^f

Obesity Surgery
<https://doi.org/10.1007/s11695-019-04112-y>



REVIEW



Nutrition, Physical Activity, and Prescription of Supplements in Pre- and Post-bariatric Surgery Patients: a Practical Guideline


Mastaneh Rajabian Tabesh¹ • Faezeh Maleklou¹ • Fatemeh Ejtehadi¹ • Zahra Alizadeh^{1,2} 

Table 6
Nutrient Supplementation for Patients with WLS and Without WLS.

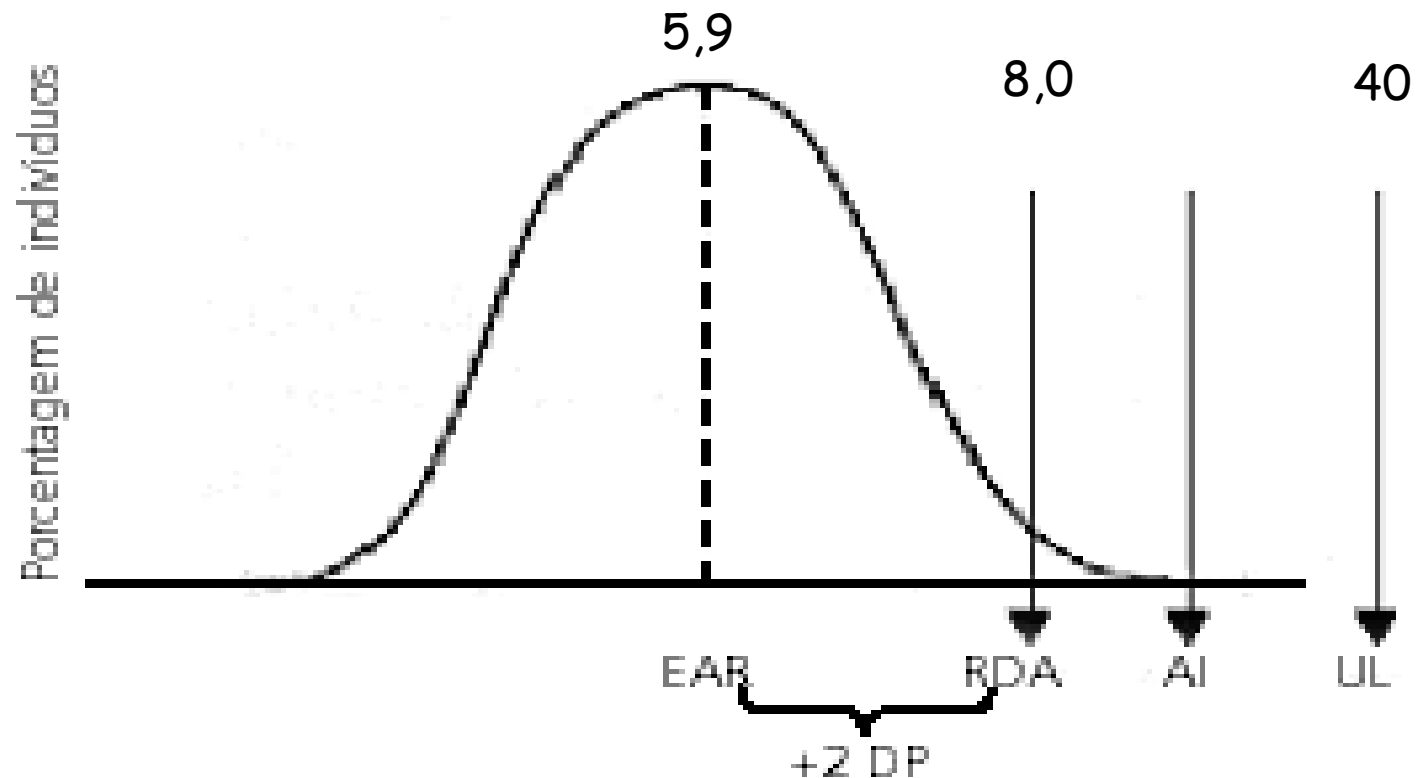
Nutrients	Non-WLS		WLS Preventative Supplements			
	Dietary Reference Intake (DRI)	Tolerable Upper Intake Level (UL) Daily Value (DV)	AGB	LSG	RYGB	BPD/DS
Vit B 1	1.2 mg/d 14 yrs+ M 1.1 mg/d 19 yrs+ F	UL: none set; no reports of adverse effects from > 50 mg B1/d from food or supplements DV: 1.5 mg	At least 12 mg/d At risk patients: at least 50 -100mg/d			
Vit B 12	2.4 ug/d 14 yrs+ M,F	UL: none set; due to its low potential for toxicity DV: 6 ug	350–500 ug/d oral, disintegrating tablet, SL or liquid or nasal – as directed or 1000 mcg/mo IM			
Folate	400 ug/d 19 yrs+ M,F	UL: 1000 mcg all ages & pregnancy DV: 400 ug	400–800 mcg oral 800–1000 mcg F childbearing ages			
Calcium	1000 mg/d 19–70 yrs M, 19–50 yrs F 1200 mg 51–70 + yrs F	UL: 2000–3000 mg /d DV: 1000 mg	1200–1500 mg/d		1800–2400 mg/d	
Vit A	900 ug/d 14 yrs+ M; 700 ug/d 14 yrs+ F	UL: 10,000 IU/d (3000 mcg RAE/d)* retinol DV: 5000 IU	5000 IU/d		5000–10,000 IU/d	10,000 IU/d
Vit E	15 mg/d 14 yrs+ M,F	UL: 1000 mg/d (1500 IU/d) DV: 30 mg	15 mg/d			
Vit K	120 ug/d 19 yrs+ M 90 ug/d 19 yrs+ F	UL: none set; due to its low potential for toxicity DV: 80 ug	90–120 ug/d		300 ug/d	
Vit D	600 IU/d (15 ug/d) 14 yrs+ M,F	UL: 4000 IU/d (100 ug/d) DV: 400 IU	At least 3000 IU/d to maintain D,25(OH) levels > 30 ng/mL			
Iron	8 mg/d 19 yrs+ M 8 mg/d 51 yrs+ F 18 mg/d 19–50 yrs F	UL: 45 mg/d DV: 18 mg	At least 18 mg/d from multivitamin	At least 45–60 mg/d in F with menses and/ patients with history of anemia		
Zinc	11 mg/d 19 yrs+ M 8 mg/d 19 yrs+ F	UL: 40 mg/d DV: 15mg	8–11 mg/d		8–11 mg/d to 16–22 mg/d	16–22 mg/d
Copper	900 ug/d 19 yrs+ M,F	UL: 10,000 mcg/d DV: 2 mg	1 mg/d		1–2 mg/d	2 mg/d

WLS =weight loss surgery; UL = upper intake level; DV = daily value; AGB = adjustable gastric band; LSG = laparoscopic sleeve gastrectomy; RYGB = Roux-en-Y gastric bypass; BPD/DS = biliopancreatic diversion/duodenal switch; SL = sublingual; IM = intramuscular; RAE = retinol activity equivalents; SQ = subcutaneous

Supplementation for non-WLS patients: Dietary Reference Intake (DRI), Daily Value (DV), Tolerable Upper Intake Level (UL) Supplementation for WLS patients: Actual dose for nutrients by type of WLS.

DRI → recomendações

Ex: Recomendação de ferro
(mg/dia) homens adultos



Distribuição da necessidade média do nutriente

(*): EAR: Necessidade média estimada; RDA: Ingestão dietética recomendada; AI: Ingestão adequada; UL: Nível máximo tolerável de ingestão.

Recomendações

- ❖ Respeitar a evolução da dieta pós
- ❖ Observar a ocorrência dos transtornos gastrointestinais
- ❖ Suplementação proteica e de micronutrientes
- ❖ Educação alimentar e nutricional constante – incluindo grupos de alimentos e tamanho de utensílios
- ❖ Hidratação
- ❖ Avaliação e modulação intestinal



Viabilidade

... exequibilidade, possibilidade, probabilidade, praticabilidade, efetividade, efetivação, factibilidade, disponibilidade!

- 01 *Viabilidade de capacidade de execução*
- 02 *Viabilidade de rotina*
- 03 *Viabilidade econômica*



instituto Afficere

compartilhando estratégias, conhecimentos e vivências em nutrição



@institutoafficere



(27) 995315945

www.institutoafficere.com.br

Nutrição é bom para a vida



VER





A vida



As pessoas





As formas





É um detalhe





Mas viver





De bem com a vida



Amando as pessoas



De todas



as formas



**É um
detalhe**



**Que faz a
diferença**

