

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Jéssica Sereno Peixoto

Nutricionista; Mestranda do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: jessica_nutri@hotmail.com

Keila Mary Gabriel Ganem

Mestre em Psicologia Clínica; Docente do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: keilagabriel@cesumar.br

RESUMO: A cirurgia bariátrica como intervenção rápida e eficaz no tratamento da obesidade, atualmente vem sendo muito utilizada e é vista como a medida mais efetiva no tratamento da obesidade mórbida. Entretanto, complicações pós-cirúrgicas podem ocorrer, como, por exemplo, transtornos alimentares de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi o de investigar a prevalência de transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica após um ano ou mais. Este estudo foi realizado com 30 pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica em uma clínica de cirurgia bariátrica na cidade de Maringá - PR. Foram aplicados dois tipos de questionários o EAT (26) - Teste de Atitudes Alimentares e o BITE - Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo. Dentre os 30 pacientes, 26 apresentaram perfil para anorexia nervosa, denotando um total de 87% que fazem parte do grupo de risco; em contrapartida verificou-se que 3,33% obtiveram presença de comportamento de compulsão alimentar compulsivo com grande possibilidade de bulimia. Os transtornos alimentares podem ser encontrados em pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, pois ocorre alteração do comportamento alimentar interferindo no aspecto psicológico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica; Transtornos Alimentares.

PREDOMINANCE OF POST-BARIATRIC SURGERY DIET DISORDERS

ABSTRACT: Since bariatric surgery is a fast and efficient intervention in the treatment of obesity, it is currently not merely a common event but a highly effective measure in the treatment of morbid obesity. However, post-surgery complications, such as eating disorders, may occur in patients who undergo bariatric surgery. Current research investigates the prevalence of eating disorders (anorexia and nervous bulimia) in patients submitted to bariatric surgery after a year or more. Thirty patients, who underwent bariatric surgery in a bariatric surgery clinic in Maringá PR Brazil, filled two types of questionnaire, namely, EAT - Attitudes Food Test and BITE - Edinburgh Bulimic Research Test. Twenty-six out of the 30 patients had nervous anorexia profile, or rather, 87% belong to the risk group. Contrastingly, 3.33% manifested compulsive behavior for food with great possibility of developing bulimia. Eating disorders may be found in patients who undergo bariatric surgery since modifications in eating behavior which interfere with the patient's psychology may occur.

KEYWORDS: Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Eating Disorders.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e – pelos riscos associados – atualmente tem sido diagnosticada como um grande problema de saúde pública. A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade associada. Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim, obesidade grau III quando IMC ultrapassa 40 kg/m² (FANDIÑO et al., 2004).

Esta patologia predispõe a outras doenças associadas, como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus do tipo II, dislipidemia, angina, infarto do miocárdio, doenças articular, apnéia do sono, câncer, morte súbita e outras comorbidades (REPETTO et al., 2001).

Além do excesso de gordura corporal, deve-se considerar ainda sua distribuição de gordura corporal. O excesso de gordura localizada na região abdominal, por exemplo, é um fator de risco maior de morbidade do que o excesso de gordura corporal em si. Para diagnosticar e avaliar os riscos relacionados à obesidade é preciso, portanto, determinar a composição corporal e definir o tipo de distribuição da gordura corporal (CUPPARI, 2005).

Conforme dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (2004), existem, no mundo todo, mais de 1 bilhão de pessoas acima do peso, sendo que, destas, pelo menos 300 milhões são obesas. O Brasil vem enfrentando sérios problemas relacionados à obesidade, que já acomete 11 milhões de brasileiros. Destes, 1 milhão são obesos mórbidos. Este fato sensibilizou o governo, levando-o a criar a Portaria n.196/2000, que considera a obesidade mórbida problema de saúde pública (ANDERÍ JÚNIOR et al., 2007).

Pelo fato da obesidade representar uma patologia crônica de causa multifatorial, o seu tratamento envolve muitas intervenções como: a nutricional, uso de medicamentos antiobesidade e prática de exercícios físicos. Entretanto, vários pacientes não respondem a estas manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz. Neste caso, a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade e vem crescendo nos dias atuais (FANDIÑO et al., 2004).

Cirurgia bariátrica segundo Quadros, Bruscatto e Branco (2006) é o nome dado às intervenções realizadas no aparelho digestivo para tratamento da obesidade e tem como objetivo promover a redução de peso. Os candidatos a essa cirurgia são pacientes que apresentam obesidade mórbida, ou seja, índice de massa corporal (IMC) acima de 40, ou paciente com IMC entre 35 e 40, que possuam alguma patologia associada capaz de melhorar com a redução de peso, como: hipertensão arterial, diabetes, apnéia do sono, problemas ortopédicos, entre outras comorbidades.

A cirurgia bariátrica é considerada um método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida e controle do peso em longo prazo. Estas cirurgias podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica (as chamadas cirurgias restriti-

vas); ou que interferem na digestão (os procedimentos mal-absortivos) ou, ainda, uma combinação de ambas as técnicas (OLIVEIRA; LINARDI; AZEVEDO, 2004).

Segundo Shils e colaboradores (2003), as cirurgias como tratamento da obesidade mórbida estão sendo cada vez mais utilizadas. A maioria destas técnicas baseia-se em dois princípios: o restritivo, quando um pequeno reservatório gástrico é criado com o objetivo de diminuir a ingestão de muitas calorias de uma vez; e o desabsortivo, onde há também um desvio do intestino delgado (*bypass* intestinal), objetivando a redução das calorias absorvidas.

Para Bagatini e colaboradores (2006), o tratamento cirúrgico para obesidade mórbida também é a forma mais eficaz de manutenção do controle ponderal por longo prazo, consegue-se perda de peso sustentada durante 16 anos, onde a cirurgia bariátrica pode reduzir em até 89% o risco de mortalidade nos pacientes obesos.

Dentre as técnicas cirúrgicas, a mais empregada é a de *Fobi-Capella*, uma técnica mista, ou seja, restritiva e desabsortiva. “Nesta, o estômago é separado em dois compartimentos por meio do uso de grampeadores. O estômago remanescente terá um volume de 30mL a 50mL e será ligado a um segmento do intestino delgado, enquanto a maior porção do estômago fica fora do trânsito alimentar”. A técnica de *Capella* leva a uma perda total de 75% do excesso de peso no decorrer de um ano e é de grande importância no tratamento da obesidade mórbida, devido ao fato de reduzir, ou até mesmo eliminar, as principais comorbidades relacionadas ao excesso de peso (CRUZ; MARIMOTO, 2004, p. 264).

No entanto, com o crescente uso das cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade, relatos pós-cirúrgicos para o aparecimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa começam a ser descritos. Uma adequada avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica é essencial para o diagnóstico e adequado tratamento precoce de um transtorno alimentar prévio (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

A associação de transtornos alimentares e distúrbios da imagem corporal são constantes em pacientes obesos, muitos pacientes apresentam sintomas depressivos e ansiosos, que agravam as demais condições (MATOS; ZANELLA, 2001).

Segundo Fandiño e colaboradores (2004), indivíduos obesos da população geral, ou até mesmo pacientes obesos que procuram tratamento para emagrecer, não parecem evidenciar um aumento da morbidade psiquiátrica. Entretanto, pacientes que buscam tratamento para emagrecer classificados em obesidade grau III demonstram um aumento da psicopatologia. Dentre os diagnósticos psiquiátricos mais frequentemente observados nestes pacientes estão os transtornos de humor e os transtornos do comportamento alimentar.

Segundo Borges (2001 apud QUADROS; BRUSCATO; BRANCO, 2006), os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas vistas por sérias alterações do comportamento alimentar. Tais transtornos são descritos pela prática de dietas restritivas e aleatórias, usos de alimentos dietéticos sem recomendação e uso de métodos inadequados para perda e manutenção de peso.

Os transtornos da alimentação caracterizam-se por graves distúrbios no comportamento alimentar. A anorexia nervosa

caracteriza-se por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A bulimia nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como: vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos. Uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal é a característica essencial tanto da anorexia nervosa quanto da bulimia nervosa (DORNELLES, 2002).

Considerando o crescimento preocupante da população obesa e o fato desta doença estar correlacionada a várias comorbidades e também pelas implicações psicológicas que podem estar associadas, investigar a existência de transtornos alimentares nos obesos pode contribuir para uma melhor abordagem no tratamento da obesidade (TIRONI et al., 2006).

A obesidade atualmente representa um grande problema de saúde pública, e vem se alastrando cada vez mais, devido principalmente aos péssimos hábitos alimentares adotados por determinadas pessoas. Além disso, como já foi dito, a obesidade predispõe a outras patologias. Faz-se necessário, desse modo, uma intervenção rápida e eficaz no tratamento; por isso, atualmente a cirurgia bariátrica é vista como a medida mais efetiva no tratamento da obesidade mórbida e tem sido realizada com sucesso por muitos especialistas. Entretanto, o surgimento de complicações pós-cirúrgicas pode ocorrer, como, por exemplo, possíveis alterações comportamentais alimentares (transtornos alimentares) a estes pacientes. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi investigar a prevalência de transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica após um ano ou mais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no período de agosto a setembro de 2007, através de uma abordagem aleatória com 30 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica a partir de um ano ou mais, que frequentam uma clínica de cirurgia da obesidade na cidade de Maringá - PR. Foram aplicados dois tipos de questionários: o EAT (26) - Teste de Atitudes Alimentares, desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), e o BITE - Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo desenvolvido por Henderson e Freeman (1987).

O questionário EAT (26) compreende 26 questões, cada questão apresenta 6 opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha: sempre= 3 pontos, muitas vezes= 2 pontos, às vezes= 1 ponto, poucas vezes= 0 ponto, quase nunca= 0 ponto e nunca= 0 ponto. A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que, para respostas mais sintomáticas, como o sempre, muitas vezes e às vezes, não são dados pontos, e para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca são conferidos 1,2 e 3 pontos, respectivamente. Um resultado maior que 21 pontos indica um teste positivo e o entrevistado poderá ser incluído em grupo de risco (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER; OLMSTED; POLIVY, 1993 apud HENRIQUES; MACHADO; GONÇALVES, 2002).

O outro questionário aplicado, o BITE - Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, permite identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia nervosa. O resultado do BITE foi obtido pela escala de sintomas e pela escala de gravidade, que mede a gravidade do comportamento compulsivo pela frequência. Onde, para escala de gravidade, os itens 6, 7 e 27= maior que 5 (significativo) e maior ou igual a 10 (grande intensidade); escala de sintomas referente aos itens 1, 13, 21, 23, 31 pontua-se não, e outros itens pontuam-se sim; máximo escore= 30, maior ou igual a 20 (escore elevado), presença de comportamento alimentar compulsivo, com grande possibilidade de bulimia; entre 10 e 19 (escore médio) sugere padrão alimentar não usual, não estando presente todos critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista (SOUZA et al., 2002).

Esta pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Processo nº 201/2007, Parecer nº138). Os pacientes que participaram foram informados através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido acerca dos objetivos da pesquisa bem como os instrumentos a serem adotados; cada paciente assinou o termo de consentimento.

Foi feita análise estatística não paramétrica de variável quantitativa ordinal com auxílio do programa Excel. Os testes aplicados foram os testes Qui-Quadrado para verificação da média do grupo e o Wilcoxon para verificar a redução dos pesos dos pacientes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram pesquisados 30 pacientes, de ambos os sexos, onde 93,3% representaram o sexo feminino e 6,66% o masculino. Por ter sido realizada uma abordagem aleatória, o número de pacientes estudados foi baixo. Além disso, muitos pacientes abordados não quiseram realizar a pesquisa, a maioria homens.

Dentre os 30 pacientes, 26 apresentaram perfil para anorexia nervosa, denotando um total de 87% que fazem parte do grupo de risco, dos quais, 83,33% representam o sexo feminino e 3,33% o sexo masculino, contra 13% que não apresentaram perfil para anorexia nervosa, representando 10% da amostra feminina e 3,33% da amostra masculina (Figura 1).

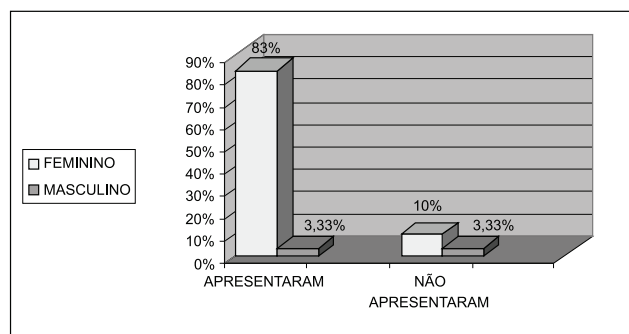


Figura 1 Porcentagem de pacientes referentes à Anorexia Nervosa

Em contrapartida, 63,3% dos pacientes não apresentaram bulimia, 60% representavam o sexo feminino e 3,33% o masculino; verificou-se, entre as mulheres, que 3,33% obtiveram escore elevado com presença de comportamento de compulsão alimentar compulsivo com grande possibilidade de bulimia e 33,3% apresentaram escore médio, dos quais 30% são mulheres e 3,33% homens, sugerindo padrão alimentar não usual, não estando presentes todos os critérios para bulimia. Em relação à escala de gravidade para bulimia nervosa, 10% das mulheres apresentaram escala de gravidade significativa (Figura 2).

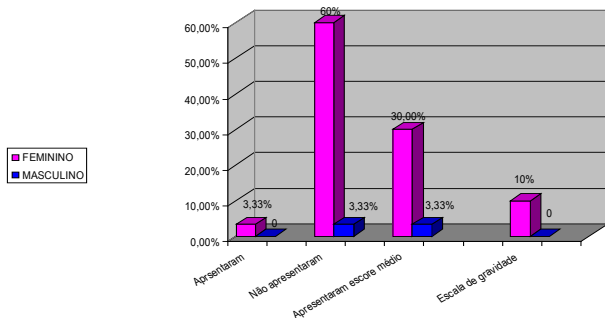


Figura 2 Porcentagem de pacientes referentes à Bulimia Nervosa

Perante aos 30 pacientes que foram questionados, a maioria apresentaram perfil para transtorno alimentar, com prevalência do sexo feminino. Porém, de acordo com o teste estatístico aplicado de associação ou independência do Qui-Quadrado não foi significativo, ou seja, não há associação ao nível de 95% de confiança em relação ao sexo dos que apresentaram e dos que não apresentaram anorexia nervosa, demonstrando que não há uma relação que predispõe apenas mulheres para a apresentação de anorexia nervosa. Já em relação à bulimia nervosa, de acordo com o teste Qui-quadrado para verificação das médias entre os grupos, os escores observados são diferentes da média ao nível de 95% de confiança, ou seja, não é causal entre os pacientes (MARTINS, 2001).

Observou-se que no questionário referente ao EAT (26), algumas questões obtiveram uma frequência de maior pontuação nas respostas para sempre (03 pontos), muitas vezes (02 pontos) e às vezes (01 ponto). Na pergunta: “Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo”, 76,66% dos pacientes responderam sempre; na questão “Fico apavorada com a ideia de estar engordando”, 50% responderam sempre e 20% responderam muitas vezes; perante a questão “Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como”, 43,3% assinalaram sempre e 20% responderam muitas vezes (Tabela 1).

Acerca das questões referentes ao peso antes da cirurgia e ao peso pós-cirurgia verificou-se que a média do peso máximo que apresentaram antes da cirurgia foi de 127 kg, e após a cirurgia a média encontrada foi de 70 kg. Essa diminuição do peso foi comprovada através do teste não paramétrico do Wilcoxon em nível de 95% de confiança (LEVIN, 2006).

Foi observado que a maior parte da amostra (87%) apresentou perfil para anorexia nervosa. Porém, a literatura diz ser necessário passar por uma entrevista clínica para averiguar se os critérios diagnosticados são preenchidos.

Tabela 1 Frequência das perguntas em (%) para alguns itens do EAT (26).

PERGUNTAS MAIS RESPONDIDAS	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES
1) Fico apavorada com a ideia de estar engordando.	50%	20%	13,33%
3) Sinto-me preocupada(o) com os alimentos.	30%	30%	13,33%
6) Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como.	43,3%	20%	26,66%
7) Evito, particularmente os alimentos ricos em carboidratos (pão, batata, arroz, etc)	10%	26,66%	26,66%
10) Sinto-me extremamente culpada após comer.	6,66%	10%	26,66%
14) Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo	76,66%	3,33%	3,33%
16) Evito comer alimentos que contenham açúcar.	20%	13,33%	26,66%
17) Costumo comer alimentos dietéticos.	20%	13,33%	13,33%
23) Faço regimes para emagrecer	6,66%	10%	16,66%

Em contrapartida, o trabalho de Atchinson e colaboradores (1998 apud CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004), descreve um número bem menor; apenas duas mulheres, na Austrália, que desenvolveram anorexia nervosa no seguimento de um ano após cirurgia de redução gástrica com grampeamento (*stapler*), e sugerem que aspectos psicológicos, como dependência e o uso de alimentos como “conforto emocional”, podem predispor ao desenvolvimento de anorexia nervosa.

Ao avaliar o teste EAT (26), observou-se que muitos pacientes, mesmo após um ano ou mais de cirurgia, sentiam-se extremamente preocupados com o ganho de peso, pois nas perguntas que referiam preocupação com os alimentos, preocupação com as calorias consumidas, medo de estar engordando e de haver gordura em seu corpo, foram respondidas pelos pacientes como sempre, ou seja, estão sempre preocupados em ganhar peso, pois o psicológico ainda reflete insegurança.

A maioria dos pacientes estudados era do sexo feminino (93,3%) e apenas dois pacientes eram do sexo masculino (6,6%). Apesar de a amostra masculina ser pequena, foi encontrado perfil para anorexia nervosa em um paciente. No trabalho de Bonne e colaboradores (1996 apud CORDÁS; LOPES

FILHO; SEGAL, 2004), foi encontrado dois casos de anorexia nervosa em homens jovens (19 e 27 anos) após gastroplastia vertical para o tratamento de obesidade mórbida.

Em relação aos pacientes que apresentaram critérios para bulimia nervosa, apenas (3,33%) obtiveram escore elevado com presença de comportamento de compulsão alimentar compulsivo com grande possibilidade de bulimia. Ao contrário dos estudos de Powers e colaboradores (1999 apud CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004), que constataram um número maior, ao avaliarem um grupo de 116 pacientes submetidos à cirurgia gástrica restritiva, estudados por 10 anos, encontraram episódios bulímicos em 52% dos casos, entrevistando pacientes do sexo feminino submetidas à gastroplastia vertical.

Há uma correlação entre obesidade mórbida e a incidência de distúrbios alimentares compulsivos. Em estudo realizado por Sauders (2001 apud REIS et al. (2005,.) revela-se que foi possível observar que um terço dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentaram tal distúrbio. É importante esclarecer o papel dos distúrbios alimentares no resultado da cirurgia a fim de determinar se tratamentos visando especificamente a tais comportamentos e problemas psicológicos associados podem melhorar o resultado da cirurgia.

As pessoas obesas sofrem com o seu comportamento alimentar e também com o preconceito social, apresentando constantes alterações psicológicas. Scioscia e colaboradores (1999 apud CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004), descreve o caso de uma mulher que desenvolveu anorexia nervosa subtipo purgativo, abuso de drogas (maconha, álcool e LSD) e depressão no seguimento de dois anos após a cirurgia de *bypass* gástrico.

Segundo Coutinho (1999 apud OLIVEIRA et al., 2004), o Consenso Latino-americano de Obesidade revela que pessoas obesas demonstram maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade. Porém, a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade, sendo apenas restrita a grupos específicos, tal como acontece em outras doenças crônicas. Assim, a obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como consequência desta última.

No Brasil, Appolinário e colaboradores (1995 apud PETRIBU et al., 2006); Coutinho (2000 apud PETRIBU et al., 2006) e Borges (1998 apud PETRIBU et al., 2006), encontraram uma prevalência de transtornos alimentares entre 15% e 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer. Entre os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, aproximadamente 20% das pessoas se identificaram como portadoras de compulsão alimentar.

É importante fazer acompanhamento psicológico e nutricional antes e após a cirurgia, pois, na avaliação pré-cirúrgica, muitos pacientes podem apresentar critérios para transtornos alimentares, prejudicando a adesão ao tratamento. Nos estudos de Segal e Fandiño (2002), ao avaliarem mais de 100 pacientes com indicação para cirurgia bariátrica, constatou-se que apenas duas pacientes apresentaram complicações psiquiátricas, a saber, bulimia nervosa. Porém, os autores afirmam que, de uma maneira geral, alguns relatos de um estudo de caso mostram uma consistente melhora da qualidade de vida

dos pacientes na pós - operação bariátrica e melhora de quadros depressivos, ansiosos, alimentares e de insatisfação com a imagem corporal.

Uma melhora do quadro do comportamento alimentar pode ocorrer precocemente, após a operação, mas deve-se tomar cuidado com o retorno dos transtornos alimentares. É o que afirma Cordás, Lopes Filho e Segal (2004), ao relatar que em pacientes submetidos à cirurgia de *bypass* gástrico num seguimento de até três anos levam a um reganho de peso rápido, geralmente dois anos após o procedimento cirúrgico.

Ainda não há um consenso na literatura sobre os critérios para avaliação psiquiátrica nos candidatos às operações bariátricas. Cada equipe multidisciplinar parece usar seus próprios preceitos. Nos transtornos psiquiátricos, principalmente do humor de pacientes ansiosos e psicóticos há comumente uma contraindicação para tal procedimento. Contudo, não há dados precisos de bom ou mau prognóstico, adequadamente estudados e/ou comprovados (PETRIBU et al., 2006).

Os pacientes estudados obtiveram perda de peso bastante acentuada após um ano ou mais da cirurgia, uma média de 57 kg perdidos. Embora a cirurgia bariátrica seja um tratamento bastante eficaz na perda de peso de pacientes obesos mórbidos, melhorando o aspecto físico, psicológico e patológico, existe uma percentagem em que não ocorre o resultado esperado. Em Sannen e colaboradores (2001 apud REIS et al., 2005), observa-se que 15% dos pacientes mostraram-se extremamente insatisfeitos com a cirurgia, sendo que a principal causa apontada pelos autores foram as complicações psicológicas. A manutenção da perda de peso depende de mudanças no comportamento alimentar do pós-operatório. Por isso é importante identificar pacientes com risco de insucesso do tratamento por distúrbios alimentares, para que seja implementado um plano terapêutico, identificando tais desordens e os aspectos psicológicos associados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares podem ser encontrados em pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, pois ocorre alteração do comportamento alimentar interferindo no aspecto psicológico do paciente, mesmo porque pessoas obesas tendem a apresentar depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e também sofrem com o preconceito social, tais fatores associados podem levar a uma psicopatologia. Desse modo, é importante encorajar o acompanhamento psicológico e nutricional antes e após a cirurgia bariátrica, oferecendo tratamento psicoterápico, pois o corpo sofre mudanças físicas, mas a parte psíquica continua com a mente de um obeso, o que os levam as alterações alimentares comportamentais.

Foi encontrado entre os pacientes estudados perfil para transtornos alimentares pós-cirurgia bariátrica, sendo que a anorexia nervosa foi a mais prevalente em relação ao achado para bulimia nervosa, apesar de autores evidenciarem maior percentagem para bulimia em seus estudos. Muitos pacientes com base no teste BITE, sugerem um padrão alimentar não usual, não estando presentes todos os critérios para bulimia, mas com escala de gravidade significativa. Porém, uma entre-

vista clínica faz-se necessário para averiguar o diagnóstico dos transtornos alimentares encontrados.

REFERÊNCIAS

- ANDERI JÚNIOR, E. et al. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq Med ABC**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 25-29, 2007.
- BAGATINI, A. et al. Anestesia para Cirurgia Bariátrica. Avaliação Retrospectiva e Revisão da Literatura. **Rev. Bras. Anestesiol**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 205-222, 2006.
- CORDÁS, Taki A.; LOPES FILHO, Arnaldo P.; SEGAL, Adriano. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n. 4, p.564-571, agosto, 2004.
- CRUZ, M. R. R.; MARIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 263-272, abr./jun. 2004.
- CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no adulto**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- DORNELLES, C. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.
- FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos - cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: an Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, p. 273-279, 1979.
- HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. L. A Self-Rate Scale for Bulimia: the BITE. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 18-24, 1987.
- HENRIQUES, M. R.; MACHADO, B. C.; GONÇALVES, O. F. Anorexia nervosa: a validação divergente de um narrativo protótipo internacional. **Journaul of Clinical Helth Psychology**, Granada, Espanha, v. 2, n. 1, p. 91-109, 2002.
- LEVIN, J. **Estatística aplicada à ciência humana**. 2. ed. São Paulo, SP: Harbra, 2006.
- MARTINS, G. A. **Estatística geral e aplicada**. São Paulo, SP: Atlas, 2001.
- MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Rev. Abeso**, São Paulo, v. 3, n. 9, 2001. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/210/alterac%C3%B5es-do-comportamento-alimentar,-ansiedade,-depressao.shtml>>. Acesso em: 10 out. 2007.
- OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clin.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. Genebra: OMS, 2004. (Relatório da Consultadoria da OMS).
- PETRIBU, K. et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 901-907, out. 2006.
- QUADROS, M. R. R.; BRUSCATO, G. T.; BRANCO, A. J. F. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 59-65, abr./jun. 2006.
- REIS, A. C. S. et al. Aspectos psicossociais pré e pós-cirúrgicos do paciente obeso mórbido submetido à gastroplastia redutora. **Rev. Horizonte Científico**, Uberlândia, n. 4, p. 1-19, 2005. Disponível em: <<http://www.propp.ufu.br/>>. Acesso em: 23 set. 2007.
- REPETTO, G. et al. Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade mórbida. **Rev Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 9, n. 48, p. 42-44, maio/jun. 2001.
- SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 68-72, 2002.
- SHILS, M. E. et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença**. 9. ed. São Paulo, SP: Manole, 2003.
- SOUZA, F. G. M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 172-180, 2002.
- TIRONE, A. M. et al. Transtornos alimentares em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 14, n. 77, p. 11-14, mar./abr. 2006.

Recebido em: 15 Julho 2010
Aceito em: 22 Setembro 2010