

CIRURGIA BARIÁTRICA E BULEMIA NERVOSA

**Débora Elaine de Moraes Schünemann^{1,2},
Michele de Oliveira da Gama^{1,3},
Antônio Coppi Navarro¹**

RESUMO

Introdução: Este trabalho trata da relação pós-cirurgia bariátrica com o desenvolvimento de bulimia nervosa. **Objetivo:** Quantificar se a cirurgia bariátrica representa fator de risco para a ocorrência de bulimia nervosa. **Material e Método:** Foram estudadas 16 mulheres obesas ($40,6 \pm 11,7$), que se submeteram à cirurgia bariátrica e assistiram às reuniões de apoio no período entre novembro de 2007 a abril de 2008. O instrumento utilizado para investigar a presença de comportamento bulímico e sua gravidade foi o *Bulimic Investigatory Test of Edinburg* (BITE), um questionário auto-aplicável, em sua versão em português. **Resultados:** Os resultados mostraram que 56,25% das pacientes apresentavam escores acima da normalidade (< 10). Destas, 18,75% apresentavam padrão alimentar não usual (entre 10 e 14) e 31,25% apresentavam-se no grupo subclínico (entre 15 e 19). Foi detectado 1 caso com escore superior a 20, indicando possível caso da doença. Em relação à gravidade, escores acima de 5 foram considerados significativos, totalizando na amostra apenas 1 caso. **Conclusão:** Considerando os resultados encontrados neste estudo, a cirurgia bariátrica não demonstrou ser um fator de risco para o desenvolvimento da bulimia nervosa.

Palavras-chave: bulimia nervosa, obesidade, cirurgia bariátrica, Teste de investigação bulímica de Edinburg (BITE).

- 1- Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho - UGF
- 2- Nutricionista graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
- 3- Nutricionista graduada pela Universidade Veiga de Almeida - UVA

ABSTRACT

Bariatric surgery and bulimia nervosa

Introduction: This study deals with the relation between bariatric surgery and the development of bulimia nervosa. **Objective:** The aim of this work is to quantify whether bariatric surgery represents a risky factor to the occurrence of bulimia nervosa. **Material and method:** Sixteen obese women who were submitted to bariatric surgery and attended the support's meeting between november 2007 to april 2008, were analyzed. The instrument used to investigate the presence of bulimic behavior and its gravity was Bulimic Investigatory Test of Edinburg (BITE). **Results:** The results showed that 56,25% of the patients presented scores above the normal level (< 10). From those, 18,75% presented non-usual feeding standard (between 10 and 14) and 31,25% were included in the subclinic group (between 15 and 19). It was found out only one case with a score higher than 20, pointing to a possibility of development of this illness. With respect to the seriousness of this disorder, scores above 5 were considered significant, having been found only one case. **Conclusion:** Taking into consideration the achieved result in this study, bariatric surgery showed not to be a risk factor for the development of bulimia nervosa.

Key words: bulimia nervosa, obesity, bariatric surgery, bulimic investigatory test of Edinburg (BITE).

Endereço para correspondência:
dschuenemann@bol.com.br
michele110@gmail.com

INTRODUÇÃO

Cirurgia Bariátrica

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50 e com o passar dos anos as técnicas foram aperfeiçoadas (Monteiro e Angelis, 2007).

As cirurgias anti-obesidade podem ser divididas em procedimentos que limitam a capacidade gástrica, interferem na digestão ou uma combinação das duas técnicas. São consideradas uma opção efetiva para o controle da obesidade mórbida em longo prazo (Pories e Joseph citado por Fairbairn e Brownell, 2003).

Indicações para cirurgia bariátrica devem preencher alguns critérios, como IMC maior que 40Kg/m² ou IMC acima de 35Kg/m², associado com doenças com, no mínimo, cinco anos de evolução e que melhorem com a perda de peso, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doenças osteoarticulares, apnéia do sono, histórico de falha de tratamentos conservadores prévios, ausência de doenças endócrinas como causa da obesidade, ausência de dependência de drogas ilícitas ou alcoolismo, ausência de quadros psicóticos ou demências graves ou moderadas, ser capaz de se cuidar ou dispor de pessoas ou instituições que garantam seu acompanhamento pós-operatório adequado com equipe multidisciplinar, por toda a vida (Monteiro e Angelis, 2007).

Bulimia Nervosa

O termo bulimia foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lepos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (Cordás, 2004).

Indivíduos com bulimia nervosa consomem grandes quantidades de alimento em um curto espaço de tempo, que dura em torno de 2 horas, com sensação de perda de controle durante o episódio. Para evitar o ganho de peso e aliviar a culpa e a vergonha provocadas pelo descontrole alimentar, apresentam comportamentos compensatórios, como a auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejuns ou exercícios excessivos. As compulsões ocorrem, no mínimo, duas vezes por semana, no espaço de três meses; a auto-avaliação é

indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo e o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa (Cordás, 2004). Devido ao caráter secreto desse ritual, a bulimia nervosa é de difícil diagnóstico, sobretudo em sua fase inicial, o que dificulta a prevenção e o tratamento precoces (Castilla e Bastin, 1998).

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia, alterações cardiovasculares, dentre outras (Appolinário e Claudino, 2000).

Este trabalho trata da relação pós-cirurgia bariátrica com o desenvolvimento de bulimia nervosa, no que se refere à sintomatologia e severidade.

A pesquisa é relevante devido à escassez de trabalhos publicados sobre o tema.

O presente estudo pretende quantificar se a cirurgia bariátrica representa fator de risco para o aumento do número de casos de bulimia nervosa.

MATERIAIS E MÉTODOS

O termo de consentimento informado foi lido e assinado por cada uma das participantes.

O presente estudo transversal foi realizado com 16 mulheres obesas (40,6 ± 11,7), que realizaram cirurgia bariátrica, com a técnica de Fobi-Capella, no Hospital Adventista Silvestre, no município do Rio de Janeiro, e assistiram às reuniões de apoio no período entre novembro de 2007 a abril de 2008.

Destas, 56,25% (9) tinham menos de 2 anos de cirurgia e 43,75% (6) possuíam mais de 2 anos desde a realização da mesma.

Para avaliar a presença de comportamentos bulímicos e sua intensidade, utilizou-se o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) (Henderson e Freeman, 1987), na sua versão em português (Cordás e Hochgraf, 1993). O instrumento BITE constitui-se de 33 perguntas, sendo 30 perguntas dirigidas à sintomatologia bulímica, variando de 0 até 30 pontos. A resposta sim representa presença de sintoma, valendo 1 ponto e a resposta não representa ausência de sintoma (0). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

se inversamente. O escore abaixo de 10 pontos foi considerado normalidade e escore igual ou maior que 10 pontos foi considerado comportamento alimentar de risco. A escala de gravidade dos sintomas é avaliada pelas questões 6, 7 e 27, e se aplica quando o

escore na escala de sintomas é superior a dez. (Nunes e colaboradores, 1994; Goldberg e Blackwell, 1972).

RESULTADOS

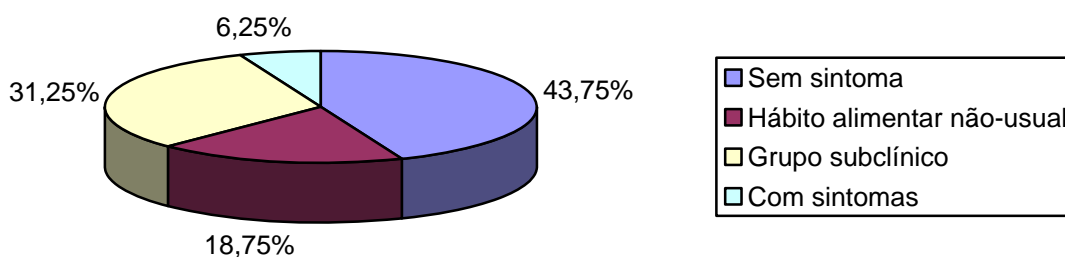


Gráfico 1 Percentual de indivíduos segundo a sintomatologia.

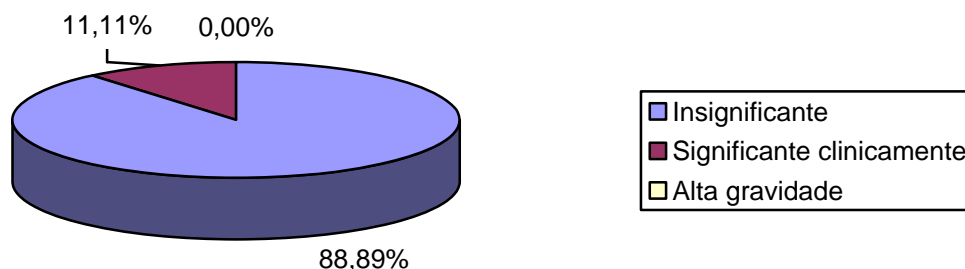


Gráfico 2 Percentual de indivíduos segundo a severidade.

DISCUSSÃO

De acordo com a sub-escala de sintomas verificou-se que 56,25% das pacientes apresentaram escores maiores que a normalidade (até 9). Deste percentual, 18,75% apresentaram padrão alimentar não usual (escore entre 10 e 14), 31,25% classificaram-se no grupo subclínico (escore entre 15 e 19) e apenas 1 paciente (6,25%) atingiu escore superior a 20, indicando um provável diagnóstico de bulimia nervosa (gráfico 1).

No que se refere a sub-escala de severidade constatou-se que, das 56,25% (somatório dos grupos: hábito alimentar não-

usual, grupo subclínico e grupo sintomático) pacientes que apresentaram escores acima de 10 na sub-escala sintomática, 88,89% não apresentaram risco (escore entre 0 e 4) e apenas 1 paciente (11,11%) apresentou gravidade significativa clinicamente (escore entre 5 e 9) (gráfico 2).

O resultado encontrado é contraditório, uma vez que estudos têm demonstrado alta prevalência de bulimia nesta população. Como, por exemplo, Powers e colaboradores (1999), que estudaram, por 10 anos, um grupo de 116 pacientes submetidos à cirurgia gástrica restritiva e encontraram episódios bulímicos em 52% dos casos. Yale e Weiler (1991), identificaram bulimia nervosa ou

síndrome do comer noturno em 32% de seus pacientes. Hsu, Betancourt e Sullivan (1996), entrevistando pacientes do gênero feminino submetidas à gastroplastia vertical, evidenciaram que alterações do comportamento alimentar pré-cirúrgico, como bulimia nervosa, estavam presentes em 75% dos casos e que a cirurgia obteve sucesso na redução do peso, mas não foi suficiente para reverter o comportamento alimentar prévio.

Entretanto, a baixa prevalência neste grupo pode ser decorrente de uma melhora do comportamento alimentar que pode ocorrer precocemente, após a cirurgia, podendo reduzir os transtornos alimentares por um período de até 2 anos como sugerido por Hsu, Sullivan e Benotti (1997), uma vez que foram encontrados 1 caso sugestivo de bulimia nervosa e outro de gravidade significativa clinicamente, ambos em pacientes operadas há mais de 2 anos; ou até mesmo decorrente de um maior controle sobre a compulsão alimentar após ingressar num programa para redução de peso (Hsu e colaboradores, 2002). Outra explicação, é que os transtornos alimentares não são estáveis, podendo apresentar períodos de remissão de até 6 meses como verificado por Cachelin e colaboradores (1999). Kalarchian e colaboradores (1999) também não encontrou relatos de transtorno alimentar num curso de 4 meses após a cirurgia.

CONCLUSÃO

O resultado encontrado neste estudo é contraditório à maioria dos resultados encontrados na literatura, visto que neste estudo foi encontrado apenas 1 caso sugestivo de bulimia nervosa.

CONSIDERAÇÕES

Os profissionais de saúde que atuam junto a esse segmento precisam ser treinados para a identificação e o trabalho integrado necessário ao manejo da bulimia nervosa. A detecção e intervenção precoces constituem medidas essenciais para a manutenção do estado de saúde destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- Appolinário, J.C.; Claudino, A.M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 22. Supl. 2. 2000. p. 28-31.
- 2- Cachelin, F.M.; Striegel-Moore, R.H.; Elder, K.A.; Pike, K.M.; Wilfley, D.E.; Fairburn, C.G. Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 25. 1999. p. 45-54.
- 3- Castilla, D.; Bastin, C. La boulimie: mieux se connaître pour en guérir. Paris. Robert Laffont. 1998.
- 4- Cordás, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31. Núm. 4. 2004. p. 154-157.
- 5- Cordás, T.A.; Hochgraf, P.B. O BITE: instrumento para avaliação da bulimia nervosa. Versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 42. 1993. p. 141-144.
- 6- Goldberg, D.P.; Blackwell, B. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Mandsley monograph num. 21*. London. Oxford University Press. 1972.
- 7- Henderson, M.; Freeman, C.P.L. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 50. 1987. p. 18-24.
- 8- Hsu, L.K.G.; Betancourt, S.; Sullivan, S.P. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 19. 1996. p. 23-34.
- 9- Hsu, L.K.G.; Mulliken, B.; McDonagh, B.; Krupa Das, S.; Rand, W.; Fairburn, C.G.; Rolls, B.; McCrory, M.A.; Saltzman, E.; Shikora, S.; Dwyer, J.; Roberts, S. Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*. Vol. 26. 2002. p. 1398-1403.
- 10- Hsu, L.K.G.; Sullivan, S.P.; Benotti, P.N. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 21. 1997. p. 385-390.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

11- Kalarchian, M.A.; Wilson, G.T.; Brolin, R.E.; e colaboradores. Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorder*. Vol. 4. 1999. p. 1-5.

12- Monteiro, A.; Angelis, I. Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 1. Núm. 3. 2007. p. 19-26.

13- Nunes, M.A.; Bagatini, L.F.; Abuchaim, A.L.; Kunz, A.; Ramos, D.; Silva, J.Á.; e colaboradores. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista ABPAPAL*. Vol. 16. Núm. 1. 1994. p. 7-10.

14- Pories, W.J.; Joseph, E.B. Surgery for obesity: procedures and weight loss. In: Fairbairn and Brownell (eds) *Eating disorders and obesity*. 2a ed. New York. 2003. p. 562-567.

15- Powers, P.S.; Perez, A.; Boyd, F.; Rosemurgy, A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 25. 1999. p. 293-300.

16- Yale, C.E.; Weiler, S.J. Weight control after vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *American Journal Surgery*. Vol. 162. 1991. p. 13-17.

Recebido para publicação em 14/02/2009

Aceito em 28/02/2009