

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL:  
 UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Maria Júlia Pereira<sup>1</sup>, Louise Reche Barcelos<sup>1</sup>, Marina Garcia Manochio-Pina<sup>1</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** A cirurgia bariátrica é considerada a ferramenta mais eficaz no controle e no tratamento da obesidade severa. A existência de transtornos alimentares é um dos fatores que podem comprometer a adesão e ao tratamento. **Objetivo:** Identificar transtornos alimentares no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no Brasil. **Materiais e Métodos:** Esta é uma revisão integrativa da literatura nacional, realizada nas bases de dados BVS, SCIELO, Portal Periódicos Capes e PUBMED. O recorte temporal considerado foi um total de cinco anos de 2014 a 2018. Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores selecionados mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde sendo "cirurgia bariátrica", em combinação com "bulimia nervosa", "transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos", "anorexia nervosa" e "transtorno da compulsão alimentar" - em português e inglês. **Resultados:** Foram localizadas 34504 publicações, após refinar por meio dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 9 artigos. O comportamento mais avaliado foi a compulsão alimentar. O fator emocional se mostrou presente em todos os artigos analisados. Foi observada uma tendência, após cinco anos de cirurgia, de o estado emocional dos pacientes interferir mais na alimentação, esse comportamento alimentar também se mostrou maior entre aqueles que reganharam peso. **Conclusão:** A presença dos transtornos alimentares, e principalmente do transtorno da compulsão alimentar, é alta, aparecendo tanto no pré quanto no pós-cirúrgico. Tendo um impacto tanto na perda de peso, quanto na qualidade de vida. Os transtornos alimentares não desaparecem somente com a cirurgia, é necessário um acompanhamento interdisciplinar.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica. Bulimia nervosa. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Anorexia nervosa. Transtorno da compulsão alimentar.

**ABSTRACT**

Eating disorders and bariatric surgery in brazil

**Introduction:** Bariatric surgery is considered the most effective tool in the control and treatment of severe obesity. The existence of eating disorders is one of the factors that can compromise adherence and treatment. **Objective:** To identify eating disorders in the pre and postoperative period of bariatric surgery in Brazil. **Materials and Methods:** This is an integrative review of the national literature, carried out in the databases BVS, SCIELO, Portal Periódicos Capes and PUBMED. The temporal cut considered was a total of five years from 2014 to 2018. For the search of the article's, selected descriptors were used in consultation with the Descriptors in Health Sciences being "bariatric surgery", in combination with "bulimia nervosa", "eating and eating", "anorexia nervosa" and "binge eating disorder" - in Portuguese and English. **Results:** 34504 publications were found, after refining using the inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 9 articles. The most evaluated behavior was binge eating. The emotional factor was present in all articles analyzed. There was a tendency, after five years of surgery, for the emotional state of the patients to interfere more in feeding, this feeding behavior was also greater among those who regained weight. **Conclusion:** The presence of eating disorders, mainly of binge eating disorder, is high, appearing both in the pre- and postoperative periods. Having an impact on both weight loss and quality of life. Eating disorders do not disappear with surgery alone, an interdisciplinary follow-up is necessary.

**Key words:** Bariatric Surgery. Bulimia Nervosa. Feeding and Eating Disorders. Anorexia Nervosa. Binge-Eating Disorder.

1 - Universidade de Franca, Franca-SP, Brasil.

E-mail dos autores:  
 mjulia2904@gmail.com  
 loo\_rb@hotmail.com  
 marina.manochio@unifran.edu.br

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

Em todo o mundo, o índice de massa corporal (IMC) aumentou em média, por década, 0,4 kg/m<sup>2</sup> entre os homens e 0,5 kg/m<sup>2</sup> entre as mulheres, entre 1980 e 2008 (Finucane e colaboradores, 2011).

O tratamento tradicional da obesidade envolve modificação do consumo alimentar, prática regular de exercícios físicos e até mesmo o uso de medicamentos. Quando estas tentativas falham, a cirurgia bariátrica pode ser considerada uma alternativa no tratamento da obesidade (ABESO, 2016).

No momento presente a cirurgia bariátrica é considerada a principal ferramenta no controle e no tratamento da obesidade severa. Os candidatos a esse tratamento devem passar pelo tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e histórico de falha dos tratamentos convencionais. A existência de alterações psicopatológicas ou de personalidade são fatores que podem comprometer o tratamento (Silva e Araújo, 2014).

Indica-se que de 20% a 70% dos pacientes que procuram este tipo de cirurgia têm histórico de algum transtorno mental e, portanto, constituem grupo de risco para transtornos psíquicos diversos, entre eles os transtornos alimentares (TA), sendo caracterizados por um distúrbio persistente na alimentação nos comportamentos ligados ao comer, entre os principais quadros estão a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar (APA, 2014).

O processo cirúrgico demanda uma intensa adesão dos pacientes no período pós-operatório, pois implica modificações de hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida.

Portanto, é preciso cuidado no pensamento que alguns pacientes têm, encarando a cirurgia como um milagre e único passo necessário para o tratamento, podendo colocar em risco o êxito do tratamento, pela desresponsabilização que essa situação pode causar por parte do paciente (Ehrenbrink, Pinto e Prando, 2009).

Após a cirurgia bariátrica, com a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais, além da mudança de sua

imagem corporal, surgem, muitas vezes, dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia.

Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado e acompanhado pela equipe interdisciplinar (Fandiño e colaboradores, 2004).

O surgimento de problemas psiquiátricos após a cirurgia parece estar associado com menor adesão aos cuidados alimentares e à atividade física regular, sendo estes fatores associados diretamente com o resultado do tratamento.

Portanto, a identificação e o tratamento destes problemas são de fundamental importância no resultado do tratamento (Smaidi, 2016).

O crescente aumento do número de realizações de cirurgia bariátrica (Koshy, Bobe e Brady, 2013), intensifica a preocupação sobre os efeitos que a presença dos transtornos alimentares tanto no pré, quanto no pós-operatório, pode causar.

Tendo em vista os problemas que causam a presença de um transtorno alimentar em um paciente bariátrico, esta revisão integrativa da literatura teve como objetivo identificar transtornos alimentares no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no Brasil.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma revisão integrativa da literatura nacional, realizada nas bases de dados BVS, SCIELO, Portal Periódicos Capes e PUBMED. Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores selecionados mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2019) sendo “cirurgia bariátrica”, em combinação com “bulimia nervosa”, “transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos”, “anorexia nervosa” e “transtorno da compulsão alimentar” – em português e inglês.

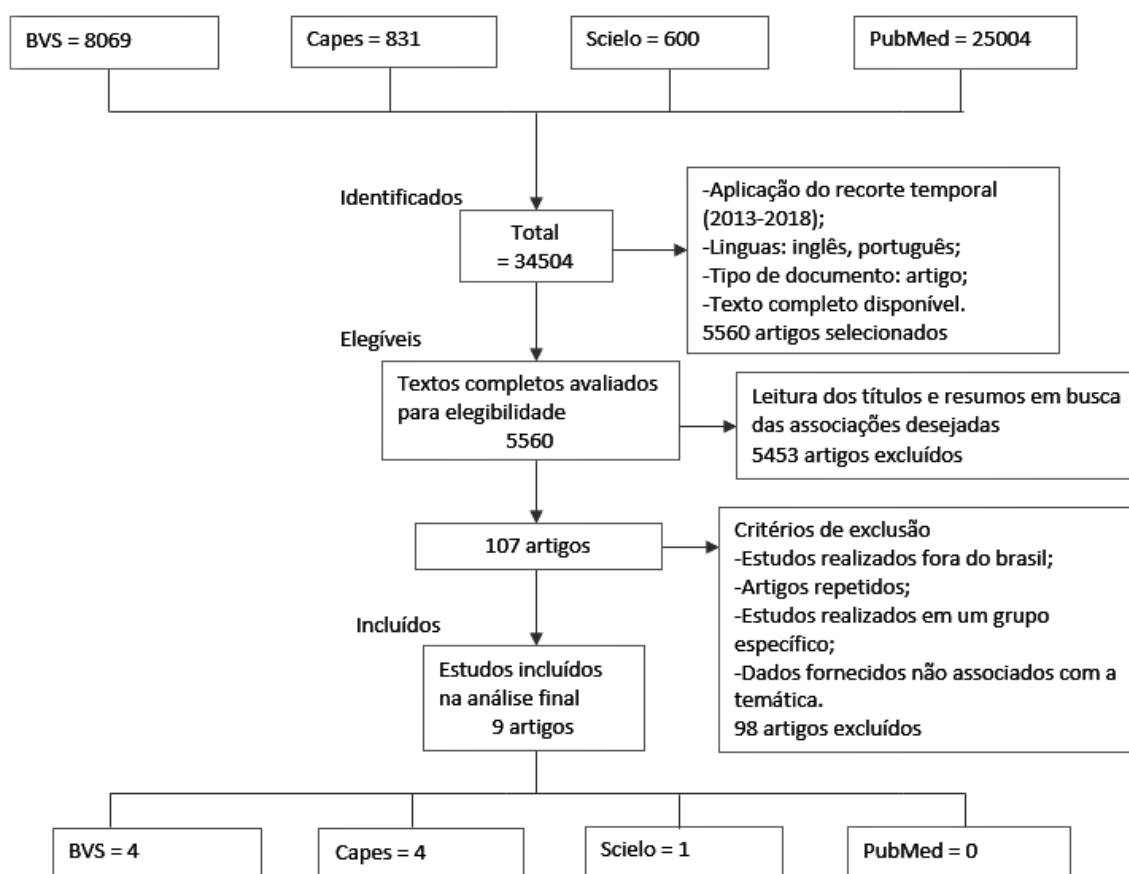
A partir da combinação desses descritores, foram localizadas 34504 publicações. Para a seleção dos estudos, o recorte temporal considerado foi um total de cinco anos de 2014 a 2018, publicados na língua portuguesa e inglesa, o que resultou em um total de 5560 artigos.

Realizou-se a leitura dos títulos em busca das associações desejadas com o objetivo de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão.

Foram excluídos 5453 artigos. Os 107 artigos restantes foram lidos o resumo e métodos, e excluídos usando os seguintes critérios: estudos que foram realizados fora do Brasil, os artigos duplicados, realizados em um grupo específico e dados fornecidos não associados com a temática.

A amostra final foi constituída por 9 artigos.

O fluxograma ilustra as etapas de seleção de artigos desta revisão. Foram coletados dados referentes aos estudos analisados, classificados por autor/data, objetivo, método e principais resultados; em seguida, foi elaborado um quadro sinóptico com os dados coletados.



**Figura 1** - Fluxograma das etapas de seleção dos artigos.

## RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão e exclusão descritos, a amostra final foi composta por 9 artigos selecionados. As bases de dados que mais ofereceram resultados de pesquisa foram: CAPES e BVS. Em relação à análise descritiva, o local de realização variou bastante, sendo em Sergipe (Jesus e colaboradores, 2017), Distrito Federal (Silva e Araújo, 2014), Porto Alegre (Horvath e colaboradores, 2015), Natal (Venzon e Alchieri, 2014), São Paulo (Tae e colaboradores, 2014), Rio de Janeiro (Mauro e

colaboradores, 2017), Santa Catarina (Prazeres e colaboradores, 2017), Tocantins (Costa e Pinto, 2015), um artigo para cada estado.

Conforme exposto no Quadro 1, o ano de 2014 (Silva e Araújo, 2014; Venzon e Alchieri, 2014; Tae e colaboradores, 2014) e 2017 (Jesus e colaboradores, 2017; Mauro e colaboradores, 2017; Prazeres e colaboradores, 2017) com número de três publicações no total, 2015 (Horvath e colaboradores, 2015; Costa e Pinto, 2015) com dois artigos, totalizando 8 artigos, excluindo o artigo de revisão (Novelle e

Alvarenga, 2016). Dos artigos, dois foram avaliações com pacientes submetidos à CB (Venzon e Alchieri, 2014; Mauro e colaboradores, 2017), três com candidatos a CB (Horvath e colaboradores, 2015; Prazeres e colaboradores, 2017; Costa e Pinto, 2015) e três para ambos (Silva e Araújo, 2014; Jesus e colaboradores, 2017; Tae e colaboradores, 2014).

Nos estudos que utilizaram questionários, três usaram a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (Venzon e Alchieri, 2014; Mauro e colaboradores, 2017; Costa e Pinto, 2015), um o Questionário dos Três Fatores Alimentares (Jesus e colaboradores, 2017), outro a compulsão alimentar Escala (BES) (Horvath e colaboradores, 2015) e um artigo utilizou 5 questionários: Inventário de Depressão de Beck (IDB), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T), Bulimic Investigatory test, Edinburgh (BITE), Escala de qualidade de vida (WHOQOL) e Inventário sobre uso de substâncias psicoativas (Tae e colaboradores, 2014).

O comportamento mais avaliado foi a compulsão alimentar. O fator emocional se mostrou presente em todos os artigos analisados. Os pacientes com depressão foram os mais impulsivos, após a cirurgia foi identificada uma redução na sintomatologia depressiva e ansiosa e no comportamento bulímico, bem como uma melhora na qualidade de vida nos domínios físico, psíquico e ambiental (Tae e colaboradores, 2014).

Foi verificada uma redução significativa na prevalência de comedores compulsivos e comedores noturnos entre os pacientes aos 6 meses do pós-operatório (Silva e Araújo, 2014).

Porém foi também observada uma tendência, após 5 anos de cirurgia, de o estado emocional dos pacientes interferir mais na alimentação, esse comportamento alimentar também se mostrou maior entre aqueles que reganharam peso (Jesus e colaboradores, 2017).

Já o estudo de caso apresenta três pacientes submetidos a CB, com perda de peso inicial adequada, posteriormente evoluindo com alteração do comportamento alimentar e dois casos com ganho de peso. Os casos apresentam desfecho distinto, com evolução ponderal pior no Bypass, com diferentes tempos cirúrgicos.

Essa variável também pode influenciar o ganho de peso. Quanto ao comportamento alimentar pós-operatório, a presença de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) é apresentada como um possível fator de impacto para o desfecho do peso (Mauro e colaboradores, 2017).

O estudo de revisão analisado sintetizou dados sobre transtornos alimentares e comportamentos alimentares transtornados relacionados à cirurgia bariátrica.

A compulsão alimentar foi o comportamento mais avaliado, com frequências/prevalências variando de 2% a 94%; no caso do transtorno da compulsão alimentar as frequências/prevalências variaram de 3% a 61%.

Houve também a descrição de anorexia e bulimia nervosa, síndrome da alimentação noturna e comportamento beliscador.

Alguns estudos apontam melhora dos sintomas no pós-cirúrgico e/ou seguimento enquanto outros apontam surgimento ou piora dos problemas (Novelle e Alvarenga, 2016).

**Quadro 1** - Estudos analisados segundo o ano de publicação, o objetivo, o método e os principais resultados.

Autor/Data	Objetivo	Método	Principais resultados
Venzon e Alchieri, (2014)	Este estudo investigou indicadores de CAP em 40 pacientes pós-cirúrgicos submetidos à CB há pelo menos 2 anos, divididos em Grupo 1 e 2, com perda de mais de 50% do peso inicial excedente e com perda menor de 50%, respectivamente	A população foi de pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica do tipo Bypass Gástrico há pelo menos dois anos O método de Rorschach-SC e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica foram os instrumentos utilizados, como também um questionário sociodemográfico	Os resultados da ECAP indicam que 32,5% da amostra apresenta indicadores de CAP. Sendo que no Grupo 1, encontrou-se 95% e no Grupo 2 40% de CAP. Os resultados indicaram também diferenças significativas com elevações no Grupo 1 de CAP ( $p < 0,01$ ), presença de impulsividade ( $p < 0,05$ ) e

			dificuldade de integração perceptiva ( $p < 0,05$ )
Tae e colaboradores, (2014)	Avaliar a sintomatologia psiquiátrica, o uso de substâncias, a qualidade de vida e o comportamento alimentar de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica antes e após o procedimento	Estudo longitudinal prospectivo com 32 mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. Para a obtenção de dados, as pacientes responderam a questionários específicos, auto aplicados.	Foi identificada uma redução na sintomatologia depressiva e ansiosa e no comportamento bulímico, bem como uma melhora na qualidade de vida nos domínios físico, psíquico e ambiental. Houve diminuição do uso de antidepressivos e de moderadores de apetite, porém a cirurgia não foi um fator determinante na cessação do tabagismo e/ou etilismo
Silva e Araújo, (2014)	Objetivando identificar a prevalência de distúrbios alimentares antes da cirurgia bariátrica, verificar se persistiram aos 6 meses do pós-operatório e analisar como tais distúrbios influenciaram na perda ponderal de pacientes bariátricos	Realizou-se um estudo de coorte com 25 pacientes em unidade pública hospitalar. Aplicou-se questionário referente ao comportamento alimentar, sendo classificados como portadores ou livres de distúrbios alimentares antes e 6 meses após a realização da cirurgia	Foi verificada uma redução significativa na prevalência de comedores compulsivos e comedores noturnos entre os pacientes aos 6 meses do pós-operatório. Foi evidenciada menor perda do excesso de peso entre os pacientes classificados como portadores de distúrbios alimentares na fase pré-operatória
Horvath e colaboradores, (2015)	Visando auxiliar na recuperação e manutenção do estado nutricional adequado no pós-operatório, este estudo propõe avaliar e comparar a alimentação de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica com e sem TCAP utilizando as DRIs para esse fim	116 pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica foram submetidos a avaliações nutricionais, laboratoriais e psicológicas. A avaliação nutricional incluiu exame antropométrico e uma avaliação do consumo de alimentos	Entre os pacientes, 46,6% tinham TCAP, destes, 25,9% apresentavam a forma grave. Os pacientes com depressão (31,9%) foram mais compulsivos do que aqueles sem depressão ( $p < 0,001$ ). A média de idade foi significativamente maior nos pacientes sem TCAP ( $46,94 \pm 12,05$ vs $42,32 \pm 10,60$ , $p = 0,030$ )
Costa e Pinto, (2015)	Avaliar a associação entre a presença e o nível do transtorno da compulsão alimentar periódica e a qualidade de vida dos pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica	Estudo ambulatorial do tipo transversal onde coletaram-se dados antropométricos e socioeconômicos. Realizou-se aplicação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica e o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey	Observou-se transtorno da compulsão alimentar em 44,2% dos pacientes (29,9% moderado e 14,3% grave), e estes apresentavam os piores escores em todos os domínios de qualidade de vida da escala SF36; porém, esta diferença não foi estatisticamente

			significante. Somente o estado nutricional apresentou associação com a presença do transtorno
Jesus e colaboradores, (2017)	O presente estudo teve como objetivo avaliar a presença de restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e naqueles já operados	A amostra foi composta por 49 pacientes, sendo 19 no pré e 30 no pós-operatório, estes foram categorizados quanto ao ganho de peso e tempo de cirurgia e responderam ao Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-21)	A restrição cognitiva foi predominante no pré e pós-operatório, sendo que, no pré-operatório, a alimentação emocional e o descontrole alimentar foram mais presentes; foi observada uma tendência, após 5 anos de cirurgia, de os pacientes apresentarem mais sinais de alimentação emocional, esse comportamento alimentar também se mostrou maior entre aqueles que ganharam peso
Mauro e colaboradores, (2017)	O objetivo deste artigo é apresentar três casos clínicos de indivíduos que manifestaram diferentes desfechos relacionados ao peso corporal no pós-operatório tardio da CB e discutir a possível influência do TCA no ganho de peso pós-operatório	Estudo de caso. A seleção ocorreu de acordo com os critérios de tempo cirúrgico superior a dois anos, a alteração do comportamento alimentar e o desfecho do peso. A entrevista clínica foi realizada por psiquiatra, de forma estruturada, com os critérios da DSM-5	Os casos 1 e 3 retratam pacientes com TCA leve, sendo o primeiro com episódios de compulsão objetivos e o segundo com episódios de compulsão subjetivos. No caso 1 ocorreu ganho de peso após 48 meses, com impacto na saúde física e retorno ao uso de anti-hipertensivo. O caso 3, sem ganho de peso, com tempo cirúrgico inferior aos demais (três anos), foi incluído para caracterizar a importância da perda de controle alimentar
Prazeres e colaboradores, (2017)	Avaliar a prevalência de CAP em candidatos a cirurgia bariátrica, a fim de conhecer melhor o perfil dos pacientes e, possivelmente, ajudá-los ainda mais a alcançar sucesso na perda e na manutenção do peso no pós-operatório	Estudo descritivo transversal, com 49 pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, em acompanhamento pré-cirúrgico, submetidos a anamnese direcionada e aos quais foi aplicada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica	As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (55,10%) e diabetes mellitus (30,61%). Dos 49 entrevistados, 10 (20,40%) apresentaram pontuação compatível com compulsão alimentar periódica, sendo moderada em 8 (16,32%) e grave em 2 pacientes (4,08%). Houve relação entre a presença de

			compulsão alimentar periódica e menor tempo de obesidade
--	--	--	--

## DISCUSSÃO

A quantidade de publicações encontradas ao fim da pesquisa não foi tão amplo e demonstra que ainda há poucas investigações sobre o tema feitas no Brasil e trazendo a incidência de algum transtorno alimentar em pacientes no pré e pós cirúrgico.

Em relação a quantidade de artigos em pré e pós-operatório o número foi bem equilibrado possibilitando uma melhor percepção do real impacto. Apesar disso, a quantidade de pacientes foi considerada uma limitação, essa limitação do tamanho amostral foi citada por 3 artigos (Ehrenbrink, Pinto e Prando, 2009; Tae e colaboradores, 2014; Prazeres e colaboradores, 2017).

Com um número de pacientes predominantemente feminino, o que vai de acordo com os dados da literatura (Lima, 2012; Silva-Neto e colaboradores, 2014).

Os instrumentos empregues para a avaliação dos transtornos eram validos, e se encaixam nos principais utilizados (Freitas, Gorenstein e Appolinario 2002).

Apesar da credibilidade dos instrumentos, existe uma grande diversidade nas definições para classificação dos indivíduos como portadores de cada um dos transtornos alimentares, o que dificulta a comparação dos estudos.

Por isso estudos sobre transtornos alimentares podem demonstrar diferentes prevalências, já que é utilizada diferentes critérios de diagnostico.

O termo transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos é um grupo de transtornos caracterizados por distúrbios fisiológicos e psicológicos do apetite e da ingestão de alimentos (DeCS, 2019).

O transtorno mais prevalente nos trabalhos encontrados foi o TCA, apesar das nomenclaturas diferentes (Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, Compulsão Alimentar, Compulsão Alimentar Periódica) se referem ao mesmo transtorno.

Mas é preciso levar em consideração que alguns artigos abordaram especificamente o TCA, sem levar em consideração outros transtornos alimentares.

O TCA é definido como um distúrbio com as seguintes características: comer até sentir-se desconfortavelmente saciado; comer

grandes quantidades de comida quando não estiver fisiologicamente faminto; comer muito mais rapidamente que o normal; comer sozinho devido a constrangimento; sensação de desgosto, depressão ou culpa após a superalimentação.

Os critérios incluem a ocorrência de pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses, em média (DeCS, 2019).

As taxas de TCA, nos estudos que a focaram nesta revisão, variaram de 20,4 a 48% (Silva e Araújo, 2014; Horvath e colaboradores, 2015; Venzon e Alchieri, 2014; Prazeres e colaboradores, 2017; Costa e Pinto, 2015).

É também o transtorno alimentar mais prevalente na população geral, não somente da população bariátrica (Striegel-Moore e Franko, 2003).

Um estudo apontou a redução total de portadores de TCA após a cirurgia (48% antes, para 0% após) (Silva e Araújo, 2014), os níveis de redução na prevalência entre as duas fases vão de acordo com a literatura (Colles, Dixon e O'Brien, 2007).

Porém o pior impacto da presença do TCA nos pacientes é com a menor perda de peso, o que levaria ao fracasso cirúrgico. O transtorno esteve associado a menor perda de peso e/ou recuperação mais rápida do peso após cirurgia bariátrica (Venzon e Alchieri, 2014; Mauro e colaboradores, 2017; Meany, Conceição e Mitchell, 2014).

O comportamento beliscador também se mostrou presente nos artigos (Silva e Araújo, 2014; Mauro e colaboradores, 2017), descrito de forma diferente, algo que poderia alterar a real presença e comparação. Pode ser definido como uma ingestão de petiscos salgados entre as refeições em porções superiores a 150 kcal (Freitas, Gorenstein e Appolinario, 2002).

Houve uma redução (8%) do comportamento no pós-operatório (Silva e Araújo, 2014), resultado não compatível com a literatura que demonstra um aumento significativo após a cirurgia (Colles, Dixon e O'Brien, 2007).

Essa diferença pode ser explicada pela diferença de tempo de acompanhamento, tendendo a aparecer após 6 meses da cirurgia, que foi um período não avaliado pelo estudo onde houve a redução.

Uma diminuição que pode ter sido imposta pela técnica cirúrgica e não uma real alteração do padrão alimentar dos indivíduos portadores de transtornos.

No outro estudo com maior tempo realizada a cirurgia, a presença do transtorno levou ao reganho de peso (Mauro e colaboradores, 2017).

Outro comportamento analisado, que pode influenciar no reganho de peso, é o dos comedores de doce, que é quando o paciente ingere doces e alimentos açucarados em geral em porções iguais ou acima de 150 Kcal entre as refeições, pelo menos três vezes na semana (Brolin e colaboradores, 1994).

Este hábito permaneceu inalterado quando comparado pré e pós a cirurgia, por alimentos doces poderem se apresentar em forma líquida, é possível driblar as limitações pós cirúrgicas e manter o hábito (Silva e Araújo, 2014).

A prática de comer noturno que é quando o indivíduo que ingere mais de 25% das calorias diárias após o jantar, foi analisada por um artigo (Silva e Araújo, 2014), tendo uma remissão total do comportamento após a cirurgia, resultados semelhantes ao da literatura (Colles, Dixon e O'Brien, 2007).

Podendo estes achados terem sofrido interferência da falta de controle da quantidade de alimentos ingerida, o que alteraria a sua classificação, havendo uma confusão entre os compulsivos e comedores noturnos.

Além dos transtornos alimentares em si, foi avaliado padrões de comportamento associados ao hábito alimentar. Sendo os principais: restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (Natacci e Ferreira Júnior, 2011).

O padrão alimentar mais prevalente, tanto no pré e pós, foi a restrição cognitiva. 33,3% dos pacientes reganharam peso, além da restrição cognitiva, apresentaram mais sinais de alimentação emocional (Jesus e colaboradores, 2017).

Em outro estudo, aqueles que reganharam peso, também possuíam mais restrição cognitiva, o que vai de encontro com o achado (Silva, 2012).

Outro fator psicológico que foi levado em consideração foi a depressão, ansiedade e comportamentos bulímico (Tae e colaboradores, 2014).

Já que esses pacientes têm um risco maior de desenvolver algum desses comportamentos, quando comparados a

população geral (Wadden e colaboradores, 2007).

No estudo foi observado que os pacientes em busca da cirurgia apresentavam características de depressão grave (Tae e colaboradores, 2014).

Corroborando com o encontrado em outro estudo foi observado que 29,9% da amostra estava tratando de depressão (Prazeres e colaboradores, 2017).

E após a realização da cirurgia, estes pacientes apresentaram melhora no escore de depressão, o que vai de encontro com os achados da literatura sobre este parâmetro (Wadden e colaboradores, 2007).

Porém é importante ressaltar que pacientes compulsivos podem ter complicações pós-operatórias com operações muito restritivas e má-absortivas, o que pode levá-los a uma depressão (Costa e Pinto, 2015).

A literatura descreve, ainda, que uma parcela de pacientes desenvolve hábitos não relacionados à alimentação. Entre os mais comuns estão a compulsão por jogos, compras, dependência alcoólica e outras drogas (Marcelino e Patrício, 2011).

Em um dos estudos da revisão, 20% dos pacientes relataram ter desenvolvido hábitos não relacionados à alimentação (Silva e Araújo, 2014).

Resultado similar é encontrado na literatura, em que 16% dos participantes da amostra relataram o hábito (Machado e colaboradores, 2008).

Em outro artigo da revisão, este comportamento não foi identificado (Tae e colaboradores, 2014).

Algumas limitações metodológicas ainda rondam a temática abordada nessa revisão. Não existe um consenso na literatura em relação aos critérios para reganho de peso pós-operatório, o que dificulta a comparação entre os estudos que investigaram a associação entre transtornos alimentares e perda de peso pós-operatória (Mauro e colaboradores, 2017).

Outras limitações metodológicas incluem a dificuldade de se avaliar um transtorno alimentar com as alterações anatômicas da CB e o uso de técnicas cirúrgicas distintas.

Além disso existe ainda as divergências de prevalência nos estudos, seja por causa da grande diversidade de definições e de métodos a serem utilizados para classificação de indivíduos como portadores



de cada uma das desordens alimentares (Silva e Araújo, 2014), amostras diferentes (Prazeres e colaboradores, 2017), o tamanho da amostra (Tae e colaboradores, 2014; Prazeres e colaboradores, 2017; Costa e Pinto, 2015) e o tempo de acompanhamento (Silva e Araújo, 2014; Venzon e Alchieri, 2014; Mauro e colaboradores, 2017).

O tempo de acompanhamento é necessário não somente para uma melhor comparação de resultado dos estudos, mas também para o sucesso cirúrgico dos portadores de algum dos transtornos citados.

Desordens no comportamento alimentar tendem a se desenvolver ou ressurgir no pós-operatório a partir do sexto mês de realização da cirurgia, tanto por uma adaptação do volume de alimentos ingeridos e a volta da alimentação habitual (Wood e Ogden, 2012).

Por isso o período pós-operatório é de extrema importância ser acompanhado a longo prazo, de forma mais constante, da que vem acontecendo, já que é reconhecida na literatura uma maior atenção ao período pré-operatório, o qual é válido para planejamento terapêutico, mas não é suficiente para a manutenção dos resultados cirúrgicos (Venzon e Alchieri, 2014).

Mesmo com os efeitos favoráveis dessa cirurgia, atestados pela redução ou eliminação dos danos físicos e psíquicos associados à obesidade, é importante atentar para possíveis desajustamentos emocionais que comprometam tanto a adesão do paciente ao tratamento como sua condição de adaptação socioemocional (Nascimento, Bezerra e Angelim, 2013).

A cirurgia não é a solução da obesidade, e sim uma etapa do tratamento que apenas tem êxito quando mudanças de hábitos e comportamentos são efetuadas (Venzon e Alchieri, 2014).

O tratamento do paciente obeso com transtornos alimentares deve contar com o apoio de uma equipe interdisciplinar, na qual o trabalho dos profissionais de saúde se complementa (Jesus e colaboradores, 2017).

## CONCLUSÃO

A presença dos transtornos alimentares, e principalmente do transtorno da compulsão alimentar, é alta, aparecendo tanto no pré quanto no pós-cirúrgico.

A compulsão alimentar foi o comportamento mais estudado, além do mais frequente nesses pacientes.

Tendo um impacto tanto na perda de peso, quanto na qualidade de vida.

O crescente aumento do número de realizações de cirurgia bariátrica intensifica a preocupação sobre os efeitos dos transtornos alimentares em todo o processo cirúrgico.

A grande diferença de definições e de métodos a serem utilizados para classificação de indivíduos, pode interferir na conclusão sobre a real frequência desses comportamentos em geral.

Mas os dados fornecidos demonstram que é fundamental um acompanhamento a longo prazo no pós-operatório para garantir o sucesso cirúrgico.

Os transtornos alimentares não desaparecem somente com a cirurgia, é necessário um acompanhamento interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- 1-American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora. 2014.
- 2-Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016 / ABESO. 4ª edição. São Paulo. 2016.
- 3-Brolin, R.L.; Robertson, L.B.; Kenler, H.A.; Cody, R.P. Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of surgery*. Vol. 220. Num. 6. 1994. p. 782.
- 4-Colles, S.L.; Dixon, J.B.; O'Brien, P.E. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *International journal of obesity*. Vol. 31. Num. 11. 2007. p. 1722-1730.
- 5-Costa, A.J.R.B.; Pinto, S.L. Binge eating disorder and quality of life of candidates to bariatric surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. São Paulo. Vol. 28. 2015. p. 52-55.
- 6-Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. BIREME / OPAS / OMS, 2019. São Paulo. 2019. Disponível em:

< <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 20/02/2019.

7-Ehrenbrink, P.P.; Pinto, E.E.P.; Prando, F.L. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*. Vol. 7. Num. 1. 2009. p. 88-105.

8-Fandiño, J.; Benchimol, A.K.; Coutinho, W.F.; Appolinário, J.C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol. 26. Num. 1. 2004. p. 47-51.

9-Finucane, M.M.; Stevens, G.A.; Cowan, M.J.; Danaei, G.; Lin, J.K.; Paciorek; Singh G.M.; Gutierrez H.R.; Lu Y.; Bahalim A.N.C.J.; Farzadfar, F.; Riley L.M.; Ezzati M. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*. Vol. 377. Num. 9765. 2011. p. 557-567.

10-Freitas, S.; Gorenstein, C.; Appolinario, J.C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24. 2002. p. 34-38.

11-Horvath, J.D.; Kops, N.L.; de Castro, M.L.; Friedman, R. Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Eating behaviors*. Vol. 19. 2015. p. 173-176.

12-Jesus, A.D.; Barbosa, K.B.F.; Souza, M.F.C.; Conceição, A.M.S. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 11. Num. 63. 2017. p. 187-196.

13-Koshy, A.A.; Bobe, A.M.; Brady, M.J. Potential mechanisms by which bariatric surgery improves systemic metabolism. *Translational Research*. Vol. 161. Num. 2. 2013. p. 63-72.

14-Lima, L.S. Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília. 2012.

15-Machado, C.E.; Zilberstein, B.; Cecconello, I.; Monteiro, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. São Paulo. Vol. 21. Num. 4. 2008. p. 185-191.

16-Marcelino, L.F.; Patrício, Z.M.A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 12. 2011. p. 4767-4776.

17-Mauro, M.F.F.; Appolinario, J.C.; Papelbaum, M.; Brasil, M.A.A.; Carneiro, J.R.I. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 66. Num. 4. 2017. p. 221-224.

18-Meany, G.; Conceição, E.; Mitchell, J.E. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*. Vol. 22. Num. 2. 2014. p. 87-91.

19-Nascimento, C.A.D.D.; Bezerra, S.M.M.D.S.; Angelim, E.M.S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*. Natal. Vol. 18. Num. 2. 2013. p. 193-201.

20-Natacci, L.; Júnior, M. The three factor eating questionnaire - R21: Tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição de Campinas*. Vol. 24. Num. 3. 2011. p. 383-394.

21-Novelle, J.M.; Alvarenga, M.S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 65. Num. 3. 2016. p. 262-285.

22-Prazeres, I.S.; Coral, M.H.C.; Debona, R.M.; Leonildo, E. Prevalência da compulsão alimentar periódica e desenvolvimento de obesidade grave. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. Vol. 15. Num. 2. 2017. p. 75-79.

23-Silva, F.B.L. Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em y-de-Roux. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília. 2012.

---

24-Silva, M.D.O.; Araujo, M.S.M. Desordens no comportamento alimentar antes e após a cirurgia de bypass gástrico em um hospital público. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.* Vol. 39. Num. 1. 2014. p. 68-83.

25-Silva-Neto, E.F.; Vázquez, C.M.; Soares, F.M.; Silva, D.G.; Souza, M.F.; Barbosa, K.B. Bariatric surgery reverses metabolic risk in patients treated in outpatient level. *Arq Bras Cir Dig.* Vol. 27. Num. 1. 2014. p. 38-42.

26-Smaidí, K. Psiquiatria na prática médica: cirurgia bariátrica e seus aspectos psiquiátricos. *Psychiatry on line Brasil.* Vol. 21. Num. 1. 2016.

27-Striegel-Moore, R.H.; Franko, D.L. Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders.* Vol. 34. Num. 1. 2003. p. 19-29.

28-Tae, B.; Pelaggi, E.R.; Moreira, J.G.; Waisberg, J.; Matos, L.L.; D'Elia, G. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Vol. 41. Num. 3. 2014. p. 155-160.

29-Venzon, C.N.; Alchieri, J.C. Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Psico.* Vol. 45. Num. 2. 2014. p. 239-249.

30-Wadden, T.A.; Sarwer, D.B.; Fabricatore, A.N.; Jones, L.; Stack, R.; Williams, N.S. Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Medical Clinics of North America.* Vol. 91. Num. 3. 2007. p. 451-469.

31-Wood, K.V.; Ogden, J. Explaining the role of binge eating behaviour in weight loss post bariatric surgery. *Appetite.* Vol. 59. Num. 1. 2012. p. 177-180.

Recebido para publicação em 20/02/2020  
Aceito em 11/12/2021