

ASPECTOS NUTRICIONAIS EM ADULTOS UM ANO OU MAIS APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Michele Santiago dos Santos (IC) e Juliana Masami Morimoto (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

A obesidade é uns dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e a dificuldade encontrada no tratamento clínico tem levado muitas pessoas à cirurgia bariátrica para a solução deste problema. No entanto, alguns problemas podem surgir em longo prazo, como deficiências nutricionais e transtornos alimentares. Considerando que a permanência de comportamento alimentar inadequado pode gerar complicações pós-cirúrgicas, o objetivo deste trabalho foi investigar aspectos nutricionais (alimentação atual e comportamento alimentar) em pacientes após um ano ou mais da realização da cirurgia bariátrica. O estudo foi transversal, realizado na cidade de São Paulo, em uma amostra composta por 21 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Para avaliação da alimentação atual, foi aplicado um recordatório de 24 horas. Para avaliar o comportamento alimentar, foi utilizado dois tipos de questionário: o EAT (26) - Teste de Atitudes Alimentares e o BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo. Entre os resultados, observou-se que a cirurgia se demonstrou efetiva na redução do IMC e também da ingestão alimentar, porém esta redução do consumo veio acompanhada de baixo fracionamento e variedade da dieta. A média do EAT-26 indicou risco para anorexia nervosa, mesmo sem apresentar baixo peso, sugerindo um diagnóstico de transtorno alimentar não especificado. A inadequação do comportamento alimentar pode levar a deficiências nutricionais e transtornos alimentares em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, fazendo-se necessário uma melhor conscientização da importância do tratamento no pós-operatório por uma equipe multidisciplinar, visando uma maior aderência dos pacientes ao tratamento.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Cirurgia bariátrica. Transtornos alimentares.

ABSTRACT

Obesity is one of the greatest public health problems today and the difficulty found in clinical treatment has been taking many people to bariatric surgery to solve this problem. However, in the long term, some problems can arise, such as nutritional deficiencies and eating disorders. Considering that the persistence of inadequate eating behavior may lead to postsurgical complications, the objective of this study was to investigate nutritional aspects (current feeding and eating behavior) in patients after one year or more of bariatric surgery. This transverse study was realized in the city of São Paulo with a sample composed of 21

patients who underwent bariatric surgery. For evaluation of the current feeding a 24-hour reminder was applied. Two types of questionnaires were used to evaluate food behavior: the EAT (26) - Food Attitudes Test and the BITE - Edinburgh Bulimic Research Test. Among the results, it was observed that the surgery was effective in reducing BMI and also in food intake, but this reduction in consumption was accompanied by low fractionation and variety of diet. The mean EAT-26 indicated a risk for nervous anorexy, even without presenting a low weight, suggesting a diagnosis of an unspecified eating disorder. The inadequacy of food behavior may lead to nutritional deficiencies and eating disorders in individuals undergoing bariatric surgery, it is necessary to make a better awareness of the importance of postoperative treatment by a multidisciplinary team with the aim to the rise the adherence of patients in the treatment.

Keywords: Food behavior. Bariatric surgery. Eating disorders.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença que envolve complicações sociais e psicológicas graves em indivíduos de todas as idades e classes sociais. A cirurgia bariátrica (CB) tem sido utilizada como estratégia eficaz no tratamento da obesidade mórbida quando não foi possível o seu controle no tratamento clínico. Em contrapartida, podem surgir efeitos negativos ao procedimento, principalmente quando não são seguidos os protocolos pré-cirúrgicos que envolvem acompanhamento nutricional e psicológico para a preparação do paciente para o procedimento. Outro aspecto, é quando não há aderência ao tratamento nutricional e psicológico no pós-operatório, o que contribui para o surgimento de deficiências nutricionais importantes que mesmo com uma ingestão alimentar adequada, devido às alterações feitas no trato gastrointestinal, por si só já comprometem a digestão e absorção de alguns nutrientes. Além disso, mudanças no comportamento alimentar podem contribuir para o surgimento de transtornos alimentares.

Considerando que a permanência de comportamento alimentar inadequado pode gerar complicações pós-cirúrgicas, o objetivo deste trabalho foi investigar aspectos nutricionais (alimentação atual e comportamento alimentar) em pacientes após um ano ou mais da realização da cirurgia bariátrica segundo faixa etária.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, já que representa fator de risco para doenças como diabetes tipo II, hipertensão e doenças cardiovasculares. Apesar das inúmeras pesquisas científicas que visam o estudo das causas e o desenvolvimento da obesidade, sua prevalência vem aumentando continuamente e atingindo diversas faixas etárias (FRANCISCHI et al., 2000). A previsão é que em 2025 tenhamos mais de 700 milhões de adultos obesos e 75 milhões de crianças com sobrepeso e obesidade (ABESO, 2015).

A definição de obesidade segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) está relacionada ao excesso de gordura corporal nos indivíduos e o IMC (índice de massa corporal) é o parâmetro mais comum utilizado para o diagnóstico, sendo considerando um indivíduo com peso normal aquele que tem o IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² e considerado obeso o indivíduo que tem o IMC acima de 30 kg/m². Sua causa é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, ambientais, psicológicos, disfunções endócrinas, estilo de vida, maus hábitos alimentares e sedentarismo (SBEM, 2015).

Devido aos danos causados pela obesidade à saúde dos indivíduos e a dificuldade normalmente encontrada no tratamento clínico, muitas pessoas têm recorrido à cirurgia

bariátrica para a solução deste problema. Porém, o tratamento cirúrgico tem sido visto nos últimos tempos como a única alternativa para resolver este problema. Em muitos casos as orientações e indicações clínicas pré-estipuladas para a realização do procedimento não são respeitadas, sendo possível ver algumas pessoas engordando ainda mais para se encaixar nos critérios para a realização do procedimento cirúrgico. Por isso é muito comum encontrar indivíduos que não tenham qualquer problema metabólico e que não estão dispostos a mudar seu estilo de vida e a consequência disso é a recidiva de ganho de peso após a cirurgia (MONTEIRO; ANGELIS, 2007). A procura pela intervenção cirúrgica tem aumentado continuamente, assim como a indicação médica para a realização do procedimento. Isto tem ocorrido devido aos diversos problemas que a obesidade traz para a vida do indivíduo e pelos fracassos no tratamento clínico (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004).

Diante de tanta procura, é importante observar se existe realmente a indicação da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade para evitar que a cirurgia seja realizada de modo desnecessário. Por este motivo existem alguns critérios pré-estabelecidos que indicam o procedimento cirúrgico somente em situações no qual o IMC é maior que 40 kg/m^2 , ou com IMC maior que 35 kg/m^2 com comorbidade, ou ainda IMC maior que 30 kg/m^2 com comorbidade grave. O paciente deve ser maior que 18 anos e ter comprovado a persistência da doença por mais de dois anos, mesmo após intervenção clínica. Dentre as contra-indicações para a realização da cirurgia bariátrica estão limitação intelectual considerável em pacientes que não possuem suporte familiar adequado e quadro de transtorno psiquiátrico atual não controlado (SBCB, 2011).

Conforme determinado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCB), no Consenso Bariátrico Brasileiro (2011), o paciente deve receber tratamento pré e pós-operatório com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião bariátrico, médico clínico, psiquiatra, psicólogo e nutricionista, além de fisioterapeutas e educador físico. O tratamento pré e pós-operatório tem como objetivo esclarecer dúvidas, adequar as expectativas dos pacientes em relação ao procedimento cirúrgico, realizar o planejamento alimentar e investigar algum tipo de transtorno psíquico. No pós-operatório é dada continuidade na orientação sobre a nutrição, atividade física e também para detectar precocemente algum tipo de complicação metabólica e quadros de transtornos psiquiátricos. É fundamental que haja a participação dos familiares, para discussão e aconselhamento sobre as dificuldades apresentadas, para uma melhor aderência ao tratamento (CORDÁS; LOPES; SEGAL, 2004).

Para a obtenção de um bom resultado, é necessário que a equipe multidisciplinar tenha constante interação para troca de informações para que haja consenso quanto às condições psicológicas, nutricionais e de saúde do paciente, indicando ou não a cirurgia e tenham a

consciência de que um trabalho isolado não surte o efeito esperado (CRUZ; MARIMOTO, 2004).

Em um estudo de Moliner e Rabuske (2008) realizado com obesos mórbidos do sexo feminino e masculino, com idade entre 25 e 46 anos, demonstrou-se que as decisões para realizar a cirurgia bariátrica estão relacionadas com os fatores negativos que a obesidade mórbida representa, as informações sobre as indicações e os resultados do procedimento, a ineficácia de tratamentos anteriores, as dificuldades relacionadas ao condicionamento físico, à mobilidade, à autoestima e ao preconceito.

No entanto, em alguns indivíduos o resultado em longo prazo acaba não sendo satisfatório devido ao reganho de peso e isso está relacionado com a falta de acompanhamento no pré e pós-operatório. Há pouca conscientização dessas pessoas sobre a importância na mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida para que a redução de peso seja alcançada e mantida. Por isso é de extrema necessidade o trabalho da equipe multidisciplinar durante o acompanhamento destes pacientes, além da aderência do próprio paciente ao tratamento (MONTEIRO; ANGELIS, 2007).

Apesar do conhecimento sobre o cuidado pré e pós-operatório para a cirurgia bariátrica, é possível encontrar muitas dificuldades para a aderência do paciente ao tratamento e neste sentido começam a surgir alguns relatos de transtornos alimentares após a realização do procedimento. Mesmo que o transtorno apresentado não preencha todos os critérios para anorexia nervosa ou bulimia nervosa, isso deve nos chamar a atenção para pesquisar os sintomas mesmo sem a presença da síndrome completa (CORDÁS; LOPES; SEGAL; 2004).

Pacientes portadores de obesidade mórbida costumam apresentar indícios de compulsão alimentar antes e pós a realização da cirurgia e isto está relacionado a aspectos psicológicos, depressão, impulsividade e instabilidade emocional. É comum encontrar nestes casos, pacientes que mudam suas preferências alimentares após a operação, optando por alimentos de fácil ingestão diante de uma situação de ansiedade. Neste caso não há mudança na compulsão e sim a manutenção de um comportamento alimentar inadequado (MACHADO et al., 2008).

Transtorno alimentar é de causa multifatorial, envolvendo fatores biológicos, psicológicos, socioculturais entre outros. Dentre os aspectos mais comuns estão tendência à obesidade, eventos adversos como abuso sexual, perdas importantes, bullying, padrões de beleza rígidos, distorção de imagem corporal, o medo de engordar, culpa ao se alimentar, perfeccionismo, necessidade de manter controle absoluto, impulsividade, autocrítica muito elevada e baixa autoestima (COZER; PISCIOLARO, 2012).

3. METODOLOGIA

O estudo foi de delineamento transversal realizado na cidade de São Paulo, através de abordagem aleatória, realizado entre agosto de 2016 e julho de 2017.

A amostra de estudo foi constituída por 21 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica a partir de um ano ou mais. Dados demográficos (idade, gênero), socioeconômicos (escolaridade, renda mensal) e nutricionais (peso antes da cirurgia, peso atual, tempo desde a realização da cirurgia, altura) foram coletados por meio da aplicação de um questionário.

Para avaliação da alimentação atual, foi aplicado um recordatório de 24 horas que coleta informação de todos os alimentos e bebidas consumidos no dia anterior à entrevista. Para avaliar o comportamento alimentar, foram utilizados dois tipos de questionário: o EAT26 - 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) que possibilita identificar compulsão alimentar e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia nervosa.

O questionário EAT-26 é composto de 26 perguntas, cada uma com 6 opções de resposta, atribuindo-se de 0 a 3 pontos em cada uma 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, porém a questão 25 possui ordem invertida. Um resultado maior que 21 representa um teste positivo para anorexia nervosa (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER; OLMSTED; POLIVY, 1993 apud BIGHETTI, 2003). O questionário BITE é analisado obtendo-se a escala de sintomas e a escala de gravidade, que mede a gravidade do comportamento compulsivo pela frequência.

Os dados do questionário foram digitados no programa Excel (versão 12.0 – Office 2007) e depois analisados no programa estatístico SPSS versão 21. O recordatório de 24 horas foi analisado em relação ao fracionamento das refeições, quantidade de alimentos e preparações ingeridas e composição das refeições, informações comparadas por faixa etária e gênero pelo teste do qui-quadrado. A amostra foi classificada segundo resposta positiva para anorexia nervosa, sendo que os que tiveram pontuação menor ou igual a 21 foram classificados como resposta negativa e os com mais de 21 pontos foram classificados como positivos para anorexia nervosa. A partir desta classificação, foram analisadas diferenças em proporção por faixa etária e gênero por meio do teste do qui-quadrado. A partir dos resultados do questionário BITE os indivíduos estudados foram classificados em escala de gravidade (maior do que 5 é significativo; maior ou igual a 10 é grande intensidade) e na escala de sintomas (maior ou igual a 20 foi considerado escore elevado, presença de comportamento compulsivo, grande possibilidade de bulimia; entre 10 e 19 foi considerado escore médio,

padrão alimentar não usual, não estando presente todos os critérios de bulimia). Com estas classificações, a amostra foi analisada em relação às diferenças de acordo com faixa etária por meio do teste do qui-quadrado. A faixa etária foi definida dividindo-se a amostra em 2 metades por meio do valor da mediana da idade.

Todos os testes estatísticos consideraram o nível de significância de 5%.

Os procedimentos para o desenvolvimento deste estudo respeitaram as diretrizes da legislação de ética em pesquisa. Desta forma, no banco de dados da pesquisa principal foi mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido para o sujeito da pesquisa que foi preenchido pelos participantes que voluntariamente decidiram participar do estudo. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie antes da coleta de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal investigar características da alimentação atual em pacientes após um ano ou mais da realização da cirurgia bariátrica segundo faixa etária e gênero. Foram entrevistadas 24 pessoas, porém a amostra final ficou em 21, pois 3 pessoas não entregaram o TCLE preenchido e assinado.

A tabela 1 apresenta as variáveis quantitativas de descrição da amostra. É interessante observar que o índice de massa corporal (IMC) reduziu após a cirurgia bariátrica, como era esperado.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis quantitativas. São Paulo, 2017.

Característica	Média	DP	Valor mínimo	Valor máximo
Idade	38,95	7,49	28,00	60,00
IMC antes da cirurgia (kg/m ²)	43,75	6,53	36,70	57,60
IMC atual (kg/m ²)	28,03	4,95	22,90	41,10
Tempo desde a cirurgia bariátrica (meses)	46,90	30,39	13,00	113,00

Em um estudo realizado por Santos et al. (2015), em uma amostra composta apenas por mulheres obesas participantes do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e que foram submetidas à cirurgia bariátrica, foi demonstrada uma redução média de IMC para 30,8 kg/m² após um ano da realização do procedimento. Outro estudo de Bastos et al. (2013) realizado com 64 indivíduos, sendo a maioria mulheres (89%) houve redução do IMC médio para 28,3 kg/m². Estes resultados são semelhantes aos encontrados neste estudo, demonstrando que o tratamento cirúrgico para obesidade apresenta resultados significativos na redução de peso e IMC.

A tabela 2 apresenta as variáveis qualitativas de descrição da amostra. A maioria era do sexo feminino, com ensino superior completo e renda de até R\$ 4.000,00.

Tabela 2 – Distribuição em número de porcentagem da amostra estudada segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. São Paulo, 2017.

Característica		n	%
Sexo	Masculino	4	19,0
	Feminino	17	81,0
Escolaridade	Médio completo	5	23,8
	Superior incompleto	6	28,6
	Superior completo	10	47,6
Renda (R\$)	1000 --- 4000	11	52,4
	4000 --- 7000	3	14,3
	Desempregado	5	23,8
	Sem informação	2	9,5
Total		21	100

A tabela 3 demonstra como o índice de massa corporal dos indivíduos avaliados estavam antes da cirurgia bariátrica e atualmente, durante a realização do estudo, sendo que se observa que todos os avaliados reduziram o IMC.

Tabela 3 – Distribuição em número dos indivíduos segundo classificação do índice de massa corporal (IMC) antes da cirurgia bariátrica e IMC atual. São Paulo, 2017.

IMC antes	IMC atual					Total
	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade grau I	Obesidade grau II	Obesidade grau III	
Obesidade grau II	6	8	4	1	1	20
Obesidade grau III	---	1	---	---	---	1
Total	6	4	1	1	9	21

O tempo médio desde a cirurgia bariátrica no presente estudo é de 46,9 meses, o que corresponde aproximadamente a quatro anos. Não foram encontrados na literatura estudos que demonstrassem manutenção de peso por mais de três anos. Um estudo que avaliou 64 indivíduos com tempo de pós-operatório igual ou maior a dois anos demonstrou que em 28,1% dos casos houve ganho ponderal importante (BASTOS et al., 2013). Cambi, Marchesini e Baretta (2015) investigaram pacientes submetidos à gastroplastia e dos 49 indivíduos estudados (de ambos os sexos) verificou-se redução do IMC após a operação, porém no decorrer do tempo houve recorrência no ganho de peso, o que foi justificado pelo retorno ao hábito alimentar impróprio, aumento importante no consumo de álcool e sedentarismo. Nesse mesmo estudo, apesar de ter havido ganho ponderal no pós-operatório em alguns casos foi

considerado que houve perda ponderal eficaz, como por exemplo, em um caso no qual o indivíduo passou de um IMC de 63,3 para 40,5 kg/m². No entanto, em casos como estes, preocupa-se com o retorno das mesmas comorbidades apresentadas no pré-operatório com o acréscimo de deficiências nutricionais graves. Esses dados não corroboraram com os dados encontrados neste estudo, visto que não se notou reganho ponderal em nenhum dos indivíduos. Porém é importante ressaltar que não foi investigado nesse estudo a história de perda de peso dos mesmos no pós-cirúrgico.

A tabela 4 apresenta as características do fracionamento da dieta e o número de alimentos e ou preparações consumidos pelos avaliados. O fracionamento da dieta é uma característica importante após a cirurgia bariátrica, porém a média de 5,48 refeições pode ser considerada ruim neste grupo pois deveria ser maior para que o volume consumido em cada refeição seja menor.

Tabela 4 – Estatística descritiva das características da alimentação atual. São Paulo, 2017

Característica	n	Média	DP	Valor mínimo	Valor máximo
Fracionamento da dieta (número de refeições)	21	5,48	0,93	4,00	8,00
Café da manhã (número de alimentos/preparações)	21	2,14	0,73	1,00	4,00
Lanche da manhã (número de alimentos/preparações)	15	1,20	0,56	1,00	3,00
Almoço (número de alimentos/preparações)	21	3,38	1,28	1,00	6,00
Lanche da tarde (número de alimentos/preparações)	19	1,58	0,84	1,00	3,00
Jantar (número de alimentos/preparações)	21	2,62	1,50	1,00	5,00
Lanche da noite (número de alimentos/preparações)	11	1,45	0,52	1,00	2,00
Lanche extra 1 (número de alimentos/preparações)	5	1,40	0,55	1,00	2,00
Lanche extra 2 (número de alimentos/preparações)	1	1,00	0,00	1,00	1,00

A cirurgia bariátrica, independente da técnica, leva a uma redução de ingestão energética total, o que favorece a diminuição do consumo de todos os macronutrientes, principalmente a proteína. Além do baixo consumo, a ingestão de proteína pode ficar comprometida devido a intolerâncias alimentares que normalmente acontecem por alimentos ricos em proteínas e lácteos. A baixa ingestão alimentar também pode levar a deficiência de micronutrientes, o que ocorre normalmente em longo prazo após a cirurgia bariátrica (STAVRA, 2009).

É comum em indivíduos que realizaram o procedimento cirúrgico para redução de peso a limitação da quantidade e variedade dos alimentos ingeridos. Em um estudo de Novais (2009) sobre evolução do peso, consumo alimentar e qualidade de vida de mulheres com mais de dois anos de CB demonstrou baixa frequência alimentar para os grupos de hortaliças, cereais e consumo de carne de uma e três vezes por semana. No entanto foi observado adequação no consumo de micronutrientes, porém atribuiu esse fato ao consumo regular de suplementos alimentares pela maioria dos indivíduos estudados.

Foi considerado negativo neste estudo a pouca variedade e o baixo fracionamento da dieta, pois uma alimentação adequada e saudável está baseada na harmonia entre quantidade e qualidade tendo como critérios a variedade, equilíbrio, moderação e prazer, sendo necessário manter na dieta todos os grupos alimentares para evitar carências nutricionais e fracionar em cinco a seis refeições por dia, devido não ser possível suprir todas as suas necessidades em poucas refeições (LIMA, 2012).

Uma vez que a realização da CB diminui a capacidade do volume ingerido e conseqüentemente aumenta o risco para graves deficiências nutricionais, o paciente deve ser orientado a consumir pequenas porções de alimentos e aumentar a quantidade de refeições ao longo do dia, priorizando no seu plano alimentar o consumo de proteínas e alimentos com melhor qualidade nutricional (LEITE et al., 2003).

Os resultados dos questionários EAT-26 e BITE são demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Estatística descritiva dos questionários EAT-26 e BITE. São Paulo, 2017.

Característica	Média	DP	Valor mínimo	Valor máximo
EAT-26	25,43	0,45	10,00	41,00
BITE Sintomas	8,48	6,18	2,00	23,00
BITE Gravidade	1,52	1,94	0,00	6,00
BITE Total	10,00	7,78	2,00	29,00

A anorexia (AN) e bulimia nervosas (BN) são distúrbios do comportamento alimentar que relacionam fatores sociais e psicológicos e refletem sobre processos orgânicos do corpo, caracterizadas pelo medo de engordar que leva à uma diminuição voluntária da ingestão alimentar, ingestão de grande quantidade de alimentos seguida de vômitos e outros métodos purgatórios. São doenças que necessitam de prévio diagnóstico e os instrumentos normalmente utilizados para auxiliar na triagem de possíveis doentes é o EAT26 e o BITE (BIGHETTI, 2003).

O questionário BITE foi desenvolvido para analisar e avaliar a gravidade da BN fornecendo resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas, sendo que os dois escores podem ser somados para produzir um escore total. Um escore elevado (=20) aponta para um padrão alimentar altamente perturbado com presença de compulsão alimentar com grande risco para bulimia. Escores entre 10 e 19 são considerados médios e

indicam padrão alimentar não usual, com necessidade de realização de uma entrevista clínica. Escores abaixo de 10 são considerados dentro da normalidade. Na escala de gravidade é considerado relevante um escore > 5 3 escore igual a 10 demonstra grau elevado (CORDÁS; NEVES, 2000 apud XIMENES et al., 2011).

Estudo realizado com 30 indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica a partir de um ano ou mais na cidade de Maringá-PR demonstrou que 83,33% dos participantes tinham perfil para AN. Uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional realizada por Novelle e Alvarenga (2016) apresentou apenas um estudo de caso de anorexia nervosa após a cirurgia bariátrica. Este estudo de caso foi analisado por Cordás, Lopes Filho e Segal (2004), no qual foi discutido o caso clínico de uma paciente submetida a CB que demonstrou comportamentos alimentares semelhantes à anorexia nervosa, sem apresentar baixo peso, levando a um diagnóstico de transtorno alimentar não especificado.

A média de pontuação apresentada neste estudo demonstra um perfil para anorexia nervosa nos indivíduos estudados, porém seria necessária uma avaliação clínica para averiguar se são preenchidos todos os critérios. Já a média de sintomas e gravidade para BN demonstram escores dentro da normalidade.

Na literatura são poucos os achados para anorexia nervosa e bulimia nervosa em pessoas que realizaram a CB, no entanto é importante avaliar o risco no pré-cirúrgico, principalmente em casos de presença de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica que são comuns em obesos mórbidos. Sendo necessário também o monitoramento do possível desenvolvimento no pós-cirúrgico (CORDÁS; LOPES FILHO; SEGAL, 2004).

A mediana da idade foi de 39 anos e foi usada para dividir a amostra estudada em dois grupos: idade menor ou igual a 39 anos e maior do que 39 anos. A partir desta divisão, as características da alimentação e o risco para transtornos alimentares e bulimia foi analisado segundo faixa etária.

A tabela 6 apresenta a análise da associação das variáveis que avaliaram o risco para transtornos alimentares (questionários EAT-26 e BITE) e faixa etária. A análise dos sintomas para bulimia (BITE Sintomas) resultou em associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) pois entre os mais novos, a maioria foi classificada com escore médio e já entre os mais velhos 90% foi classificada como normal, ou seja, sem sintomas.

Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos segundo faixa etária e risco para transtornos alimentares. São Paulo, 2017.

Característica	Faixa etária				Total		Valor p
	Menor ou igual a 39 anos		Maior que 39 anos		n	%	
	n	%	n	%			
EAT-26							
Negativo	5	45,5	4	40,0	9	42,9	0,801
Positivo	6	54,5	6	60,0	12	57,1	
BITE Sintomas							
Normal	4	36,4	9	90,0	13	61,9	0,040
Médio	6	54,5	1	10,0	7	33,3	
Elevado	1	9,1	---	---	1	4,8	
BITE Gravidade							
Normal	9	81,8	10	100,0	19	90,5	0,156
Significativo	2	18,2	---	---	2	9,5	
Total	11	100	10	100	21	100	

Ao comparar as médias das variáveis relativas a fracionamento da dieta, número de alimentos e ou preparações por refeição e a pontuação do EAT-26, BITE Sintomas, BITE Gravidade e BITE Total segundo faixa etária, apenas as pontuações do BITE tiveram diferenças nas médias estatisticamente significativas, sendo que nos 3 casos as médias do BITE foram maiores entre os indivíduos com 39 anos ou menos do que entre os mais velhos (Tabela 7).

Tabela 7 – Média e desvio padrão (DP) das variáveis de caracterização da alimentação atual e de avaliação do risco para transtornos alimentares segundo faixa etária. São Paulo, 2017.

Característica	Faixa etária				Valor p
	Menor ou igual a 39 anos		Maior que 39 anos		
	Média	DP	Média	DP	
Fracionamento da dieta	5,36	0,67	5,60	1,17	0,573
Café da manhã (alimentos/preparações)	1,91	0,70	2,40	0,70	0,125
Lanche da manhã (alimentos/preparações)	1,00	0,00	1,33	0,71	0,195
Almoço (alimentos/preparações)	3,55	1,29	3,20	1,32	0,552
Lanche da tarde (alimentos/preparações)	1,64	0,92	1,50	0,76	0,737
Jantar (alimentos/preparações)	2,73	1,56	2,50	1,51	0,738
Lanche da noite (alimentos/preparações)	1,50	0,55	1,40	0,55	0,770
Lanche extra 1 (alimentos/preparações)	1,50	0,71	1,33	0,58	0,789
EAT-26	25,55	9,08	25,30	10,33	0,954
BITE Sintomas	11,27	6,17	5,40	4,74	0,025
BITE Gravidade	2,36	2,06	0,60	1,35	0,034
BITE Total	13,64	7,61	6,00	6,02	0,020

Não foram encontrados na literatura estudos sobre prevalência de bulimia nervosa em indivíduos após cirurgia bariátrica por faixa etária. No entanto, um estudo de coorte prospectivo realizado por Fairburn et al. (2000) por um período de 5 anos analisou fatores de risco para bulimia nervosa em 92 mulheres com idade entre 16 e 35 anos e identificou uma tendência para o transtorno nas mais jovens. Outro estudo de revisão demonstrou que 88% da amostra estudada estavam na fase adulta, porém não há distribuição por idade. Esse dado é justificado pelo fato de o transtorno de BN iniciar na fase final da adolescência e início da fase adulta, sendo que na fase adulta normalmente os indivíduos já estão em tratamento, o que sugere uma melhora do quadro no decorrer da vida (ROMARO; ITOKAZU, 2002). A constante preocupação com a aparência e a forma física, além da atual pressão que normalmente as pessoas sentem para manterem um baixo peso corporal são fatores de risco que predispõe para o transtorno alimentar e são mais comuns em indivíduos mais jovens. Isso pode justificar os dados demonstrados neste estudo, no qual os fatores de risco para bulimia nervosa apresentaram-se menores em indivíduos mais velhos.

Havia sido planejada a análise das mesmas características da alimentação e do risco para transtornos alimentares segundo sexo, porém como a distribuição entre homens e mulheres foi muito desigual (17 feminino para 4 masculino), esta análise perdeu o sentido e foi descartada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a cirurgia bariátrica tem se mostrado efetiva no controle da obesidade mórbida. No entanto seus efeitos negativos são pouco estudados, devido aos rápidos resultados de perda de peso, como se esse fosse o único objetivo do procedimento. A obesidade é uma doença crônica e dentre suas diversas causas estão fatores relacionados ao estilo de vida e fatores emocionais. São comuns em pacientes obesos sintomas depressivos, de ansiedade e de transtornos alimentares, muitas vezes como consequência do preconceito e discriminação sofridos pelos mesmos. Além disso, existe uma grande preocupação na sociedade em geral quanto à forma física e o baixo peso, sendo comuns diversas práticas alimentares inadequadas para alcançá-lo. Indivíduos obesos que procuram a cirurgia bariátrica não estão somente à procura de melhorar sua saúde, mas também em melhorar sua estética a fim de serem mais bem aceitos, por si mesmos e pelos outros. No entanto os fatores psicológicos podem estar sendo subestimados nos pacientes candidatos a esta cirurgia o que pode acarretar problemas de adaptação no pós-cirúrgico.

Nos pacientes estudados foi possível identificar perfil para transtornos alimentares, principalmente anorexia nervosa, sendo que os valores foram maiores entre os indivíduos mais novos (com 39 anos ou menos). As outras características alimentares não tiveram diferenças significativas entre as faixas etárias estudadas. A diminuição da ingestão alimentar, o surgimento das deficiências nutricionais, enfraquecimento de unhas e cabelos, problemas ósseos são comuns na anorexia nervosa, no entanto são encaradas como consequência normal no pós-operatório de cirurgia bariátrica, mas que podem acarretar consequências graves para a saúde deste indivíduo assim como no distúrbio alimentar do anoréxico. Sendo assim é necessário enfatizar ao candidato à cirurgia bariátrica a importância do tratamento multidisciplinar no pós-operatório, com o objetivo de aumentar a aderência ao tratamento, para evitar os efeitos negativos consequentes deste procedimento.

6. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica (ABESO). **Mapa da Obesidade, 2015**. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/atitudesaudavel/mapa-obesidade>> Acesso em: 25/10/2015.

BASTOS, E.C.L. et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 26 supl.1, p.26-32, 2013.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003, 101 p.

CAMBI, M.P.C; MARCHESINI, S.D.; BARETTAM G.A.P. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: Avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 28, n. 1, p. 40-43, 2015.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. **Escalas de avaliação de transtornos alimentares**. In C. Gorenstein., L. H.Andrade & A. W. Zuardi, Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos editorial, p. 345-53, 2000.

CORDÁS, T.A.; LOPES, A.P.F.; SEGAL, A. Transtorno Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relato de Caso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 4, p.564-570, 2004.

COZER, C.; PISCIOLARO, F. Etiologia dos Transtornos Alimentares. **Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica (ABESO)**, 2012. Disponível em < <http://www.abeso.org.br/pdf/revista59/alimentacao.pdf>> Acesso em: 26/10/2015.

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, 2004.

FAIRBURN et al. The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women. **Arch Gen Psychiatry**, v. 57, n. 7, p. 659-65, 2000.

FRANCISCHI et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

LEITE et al. Nutrição e cirurgia bariátrica. **Rev Bras Nutr Clin.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 183-189, 2003.

LIMA, L. S. **Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica**. 2012. 77 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana). Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MACHADO, C. E. et al. COMPULSÃO ALIMENTAR ANTES E APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 4, n. 21, p. 185-191, 2008.

MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 2, p. 44-60, 2008.

MONTEIRO, A; ANGELIS, I. Cirurgia Bariátrica: Uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 3, p. 1926, São Paulo, 2007.

NOVAIS, F. S. **Evolução do peso, consumo alimentar e qualidade de vida de mulheres com mias de dois anos da cirurgia bariátrica**. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição). Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2009.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. M. Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n. 2, p. 407-412, 2002.

SANTOS, D.S. et al. Aspectos clínicos e nutricionais em mulheres obesas durante o primeiro ano após Bypass gástrico em Y-de-Roux. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 28, supl. 1, p.56-60, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCB). **Consenso Bariátrico Brasileiro, 2011**. Disponível em <<http://www.sbc.org.br/associados.php?menu=2#>> Acesso em: 25/10/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). **Obesidade, 2015**. Disponível em < <http://www.endocrino.org.br/obesidade/>> Acesso em: 25/10/2015.

STAVRA, A. X. Nutritional Deficiencies in Obesity and After Bariatric Surgery. **Pediatr Clin North Am.**, v. 56, n. 5, p. 1105-1121, 2009.

XIMENES, R. C. C. et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro, v.63 n.1, 2011.

Contatos: michele.santos7981@gmail.com (aluno) e juliana.morimoto@mackenzie.br (orientador)