

# Desordens no comportamento alimentar antes e após a cirurgia de bypass gástrico em um hospital público

## *Disorders in eating behavior before and after gastric bypass surgery in a public hospital*

### ABSTRACT

SILVA, M. O.; ARAÚJO, M. S. M. Disorders in eating behavior before and after gastric bypass surgery in a public hospital. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 39, n. 1, p. 68-83, abr. 2014.

*A cohort study with 25 patients was carried out in a public hospital unit aiming to identify the prevalence of eating disorders before bariatric surgery; verify their persistence at 6 months postoperatively; and analyze how such disorders influenced the ponderal weight loss in bariatric patients. Through anthropometric comparative analysis and the application of questionnaires regarding eating behavior, patients were classified as "presenting" or "free from" eating disorders before and 6 months after surgery. Significant reduction was observed in the prevalence of nocturnal eating and binge eating among patients at 6 months postoperatively. Lower loss of excess weight was verified among patients classified as "presenting" eating disorders in the preoperative phase. Patients affected by eating disorders require monitoring by expert staff, which contributes to achieve satisfactory results.*

**Keywords:** Morbid obesity. Bariatric surgery. Feeding behavior. Gastric bypass.

**MARIANA DE OLIVEIRA SILVA<sup>1</sup>;  
MARIANA SILVA MELENDEZ  
ARAÚJO<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Norte, Programa de Residência em Nutrição Clínica.

<sup>2</sup>Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Norte, Programa de Residência em Nutrição Clínica.

**Endereço para correspondência:**

Mariana de Oliveira Silva  
SQSW 103 Bl."G" Ap.409 Setor Sudoeste.  
Cruzeiro - DF - Brasil.  
CEP 70670-307.

E-mail: [marioliveira\\_87@hotmail.com](mailto:marioliveira_87@hotmail.com).

Financiamento:

O financiamento da atual pesquisa foi arcado exclusivamente pelo autor, inexistindo conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico.

## RESUMEN

*Con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos alimentarios antes de la cirugía bariátrica, de comprobar si éstos persistieron 6 meses después de la intervención y de analizar cómo tales trastornos influyeron en la pérdida de peso de los pacientes bariátricos, se realizó un estudio de cohorte con 25 pacientes en unidad de hospital público, con medición antropométrica y aplicación de un cuestionario relacionado con el comportamiento alimentario, siendo clasificados, los pacientes, como portadores o libres de trastornos alimentarios, antes de la cirugía y 6 meses después. Se encontró una reducción significativa en la prevalencia de comedores compulsivos y nocturnos entre aquellos pacientes evaluados 6 meses después de la intervención. Se evidenció una menor pérdida del exceso de peso entre los pacientes clasificados como portadores de trastornos alimentarios en la fase preoperatoria. Pacientes que sufren de trastornos alimentarios requieren un seguimiento con personal especializado, contribuyendo, así, al logro de resultados satisfactorios.*

**Palabras clave:** Obesidad mórbida. Cirugía bariátrica. Conducta alimentaria. Bypass gástrico.

## RESUMO

*Objetivando identificar a prevalência de desordens alimentares antes da cirurgia bariátrica, verificar se persistiram aos 6 meses do pós-operatório e analisar como tais desordens influenciaram na perda ponderal de pacientes bariátricos, realizou-se um estudo de coorte com 25 pacientes em unidade pública hospitalar, com aferição antropométrica e aplicação de questionário referente ao comportamento alimentar, sendo classificados como portadores ou livres de desordens 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 desordens alimentares na fase pré-operatória. Pacientes acometidos por desordens alimentares necessitam de acompanhamento com equipe especializada, contribuindo para o alcance de resultados satisfatórios.*

**Palavras-chave:** Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica. Comportamento alimentar. Derivação gástrica.

## INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser definida como acúmulo excessivo de gordura corporal e representa um dos principais campos de intervenção de equipes em saúde, pois está diretamente associada ao risco de desenvolvimento de comorbidades como Diabetes, Hipertensão, Dislipidemias e Câncer.<sup>1,2</sup>

Diante da dificuldade em obter resultados bem-sucedidos em tratamentos clínicos convencionais, a cirurgia bariátrica é, atualmente, considerada a forma mais efetiva no tratamento da obesidade, em especial a de grau III, também denominada obesidade mórbida.<sup>1</sup> A técnica cirúrgica mais utilizada é o *bypass* gástrico ou gastroplastia redutora com derivação intestinal em *Y de Roux* (GRDIYR), caracterizada por promover acentuada redução no tamanho do estômago (apresentando capacidade média de 50 ml) e um desvio intestinal, levando à menor ingestão alimentar, associada à moderada redução na absorção de nutrientes, com consequente perda ponderal e sua manutenção a longo prazo.<sup>3</sup>

Síndromes genéticas e/ou problemas endocrinológicos podem levar à obesidade, assim como fatores nutricionais ou exógenos. Entre os fatores nutricionais, destacam-se algumas desordens no comportamento alimentar, como o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), caracterizado pela ingestão em curto espaço de tempo de grande quantidade de alimentos, associadas à perda de controle da quantidade ingerida, sem associação de estratégias compensatórias, no mínimo duas vezes por semana.<sup>2,4</sup> Existem ainda outras desordens alimentares descritas por Brolin et al. (1994)<sup>5</sup>, que classificam os indivíduos como:

- *Comedores de doces*: ingerem alimentos doces entre as refeições em porções superiores a 150 kcal;
- *Beliscadores*: ingerem petiscos salgados entre as refeições em porções superiores a 150 kcal;
- *Comedores noturnos*: indivíduos que ingerem mais de 25% das calorias diárias no período noturno, apresentando sintomas como insônia e anorexia matutina.

As desordens descritas anteriormente possuem como característica comum a ocorrência de recaídas frequentes, contribuindo para o desenvolvimento e manutenção do quadro de obesidade e tornando o seu tratamento mais longo e trabalhoso.<sup>2</sup> A realização da cirurgia bariátrica não garante a completa resolução de alguns fatores desencadeantes da obesidade, tais como as desordens no comportamento alimentar.<sup>6</sup> Além disso, pacientes com desordens alimentares devem ser monitorados com mais rigor a fim de alcançarem o sucesso pós-cirúrgico, especialmente quanto à perda ponderal.

Dymek et al. (2001)<sup>7</sup>, em pesquisa realizada em pacientes com desordens no comportamento alimentar que foram submetidos à cirurgia bariátrica, descobriram que estes indivíduos perderam significativamente menos peso se comparados a indivíduos livres destas desordens. Nota-se, assim, que o tratamento da obesidade, mesmo quando se opta pela cirurgia bariátrica, depende de alterações comportamentais definitivas, já que possíveis reincidências de padrões alimentares habituais aumentam o risco de insucessos, como o reganho de peso, ocorrência de vômitos e outras complicações.

Por serem alterações comuns e estarem associadas à dificuldade no tratamento da obesidade; o objetivo deste estudo consiste em identificar grupos com desordens no comportamento alimentar antes da cirurgia bariátrica, verificar se tais desordens persistem 6 meses após a realização da cirurgia e analisar como tais desordens influenciaram na perda ponderal pós-operatória.

## MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte.

### LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados no primeiro momento (pré-operatório) foi realizada na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) e, no segundo momento (pós-operatório), foi realizada no Ambulatório de Nutrição da Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Mórbida, ambas no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

### ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos metodológicos da pesquisa foram realizados sob aprovação do Comitê de Ética da FEPECS (Fundação de Ensino em Ciências da Saúde), de acordo com documento de protocolo 520/2011 estando, portanto, dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A participação na pesquisa foi condicionada à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes alfabetizados, sem distúrbio psiquiátrico que comprometa a compreensão e escrita, inseridos no programa de cirurgia bariátrica do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), situado em Brasília-(DF), que realizaram GRDIYR no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que realizaram a GRDIYR fora do período estabelecido para a primeira fase da coleta de dados (novembro de 2011 a janeiro de 2012); os que foram submetidos a outras técnicas cirúrgicas; os que não se dispuseram a comparecer ao ambulatório de nutrição para o preenchimento do questionário referente à fase pós-operatória; e os que não preencheram os questionários propostos adequadamente.

### PROCEDIMENTOS

**Primeiro Momento:** após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, 35 pacientes responderam ao questionário autoaplicável (Apêndice B) elaborado e entregue pela pesquisadora responsável. O questionário referente ao período pré-operatório - “Comportamento Alimentar Habitual – Pré-Operatório” –, foi composto por:

- *Dados cadastrais/ demográficos/ socioeconômicos:* nome, idade, sexo, procedência, estado civil, telefone(s) para contato, renda familiar, ocupação e escolaridade;
- *Dados Antropométricos:* peso pré-operatório (kg), estatura (m), Índice de Massa Corporal - IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) e excesso de peso pré-operatório (kg). A estatura foi aferida antes que o paciente

iniciasse o preenchimento do questionário, utilizando estadiômetro (Sanny<sup>®</sup>) graduado em escalas milimétricas com capacidade mínima de 115 cm e máxima de 215 cm. O peso pré-operatório foi obtido por meio de consulta ao prontuário eletrônico, na qual o cirurgião responsável registra o peso do paciente, referente a última consulta realizada no período pré-operatório. O IMC foi obtido pela relação do peso pré-operatório em quilogramas dividido pela estatura em metros ao quadrado. Por fim, o excesso de peso, foi calculado por meio do peso ideal para gênero/altura<sup>8</sup> subtraído do peso pré-operatório;

- *Comportamento Alimentar Atual*: foi avaliado por meio de nove questões predominantemente objetivas, com base em conceitos de Brolin et al. (1994)<sup>5</sup> e da Associação Americana de Psiquiatria (2002)<sup>9</sup>, que descreveram comportamentos que identificam desordens no comportamento alimentar, comumente presentes entre pacientes obesos. Nestas questões, os voluntários responderam se habitualmente praticavam ou não a conduta descrita. Do total de perguntas deste módulo apenas três foram subdivididas em *objetiva (fechada)*, e nelas responderam se realizavam ou não a conduta descrita. Se a resposta fosse positiva, respondiam a parte *subjetiva (aberta)*, na qual qualificavam e quantificavam o alimento normalmente consumido na ocorrência de tal conduta.

Depois da análise dos dados coletados, os pacientes foram classificados como portadores (grupo I) ou não portadores de desordens alimentares (grupo II). Os que foram classificados positivamente (grupo I) receberam uma subclassificação, conforme o tipo de desordem alimentar predominantemente apresentada:

- *Comedor Compulsivo*: resposta afirmativa para todas as questões relacionadas a esta desordem (questões de nº 1 a 6), exceto para a questão 5, na qual a resposta negativa caracteriza a desordem;
- *Comedor de Doce*: resposta afirmativa para a questão referente a esta desordem, sendo o valor calórico do alimento habitualmente consumido na ocorrência de um episódio de tal desordem superior a 150 Kcal (questão nº 7);
- *Beliscador*: resposta afirmativa para a questão referente a esta desordem, sendo o valor calórico do alimento habitualmente consumido na ocorrência de um episódio de tal desordem alimentar superior a 150 Kcal (questão nº 8);
- *Comedor Noturno*: resposta afirmativa para a questão referente a esta desordem, sendo o valor calórico dos alimentos habitualmente consumidos no período noturno superior a 25% do valor calórico total consumido diariamente (questão nº 9).

**Segundo Momento**: seis meses depois, os 35 participantes da 1ª fase foram contactados por telefone pela pesquisadora responsável e solicitados a comparecer ao Ambulatório de Nutrição para pesagem e preenchimento do questionário referente à fase pós-operatória. Oito foram excluídos por alegarem impossibilidade de comparecimento no período proposto e 2 por terem realizado outra técnica cirúrgica. O questionário “Comportamento Alimentar Habitual – Pós-Cirúrgico” (Apêndice C) foi composto por:

- *Dados Antropométricos*: peso atual (kg), Índice de Massa Corporal – IMC (kg/m<sup>2</sup>), menor peso já atingido no pós-cirúrgico e percentual de excesso de peso perdido (% PEP) pós-cirúrgico. Dados que, como no questionário anterior, foram obtidos antes mesmo do início

do preenchimento, no momento da avaliação antropométrica. Para a aferição do peso, foi utilizada uma balança digital (Dig-tron®) com capacidade mínima de 1 kg e máxima de 300 kg e graduação de 0,05 kg. O IMC foi obtido pela relação do peso em quilogramas dividido pela estatura em metros ao quadrado; e, finalmente, a porcentagem de perda do excesso de peso (PEP%) calculado por meio da relação peso pré-cirúrgico em quilogramas menos peso atual em quilogramas dividido pelo excesso de peso pré-operatório, multiplicado por cem;

- *Comportamento Alimentar Atual*: foi reavaliado com 10 (dez) questões, sendo que as 9 (nove) primeiras foram as mesmas respondidas no questionário anterior, acrescidas de 1 (uma) pergunta referente a hábitos adquiridos no período pós-operatório.

Depois da análise dos dados coletados nesta fase, os pacientes foram reclassificados como portadores ou não de desordens no comportamento alimentar, utilizando os mesmos critérios de classificação da 1ª fase.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados dos questionários foram tabulados no programa Microsoft Excel® (versão 2011) e no *software R*® (versão R- 2.15.1) para realização de análise estatística descritiva simples. Foi utilizado o teste qui-quadrado para a análise das variáveis qualitativas nominais independentes, teste de Mann-Whitney para a análise de variáveis ordinais independentes e teste de McNemar para a análise de variáveis qualitativas nominais relacionadas. Foram aceitas como estatisticamente significativas as análises que obtiveram níveis de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### PERFIL DEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO

A amostra foi composta por 25 pacientes, sendo 23 mulheres (92%) e 2 homens (8%), com média de idade igual a  $40,1 \pm 11,9$  anos. Os pacientes eram em sua maioria casados, representando 48% ( $n=12$ ) da amostra. Foi observada renda familiar superior a 2 salários mínimos em 56% ( $n=14$ ) da amostra e escolaridade equivalente ao 2º grau completo em 36% ( $n=9$ ). O perfil sociodemográfico detalhado, para melhor caracterização amostral, está descrito na Tabela 1.

A média do IMC pré-operatório foi de  $41,5 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup>, sendo reduzida para  $33 \pm 5,4$  kg/m<sup>2</sup> seis meses após a cirurgia ( $p < 0,001$ ). Na fase pós-operatória, a média do %PEP foi de  $46,6 \pm 16,6\%$  (11,9-78,7), sendo que 44% ( $n=11$ ) apresentaram %PEP acima de 50%.

### DESORDENS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA FASE PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

Na fase pré-operatória, 88% ( $n=22$ ) dos pacientes foram classificados como portadores de algum tipo de desordem no comportamento alimentar, havendo redução para 36% ( $n=9$ ) na fase pós-operatória.

A Figura 1 mostra uma remissão completa na prevalência de pacientes comedores compulsivos e comedores noturnos após a cirurgia.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos 25 candidatos à realização da gastroplastia redutora com derivação intestinal em *Y de Roux* avaliados – HRAN/SES-DF, 2011/2012

Dados Socioeconômicos	Número de indivíduos	Percentual (%)
<b>Estado Civil</b>		
Casados	12	48
Solteiros	8	32
Divorciados	4	16
União estável	1	4
<b>Renda Familiar</b>		
<b>&gt; ½ até 1</b>		
Salário Mínimo (SM)	4	16
<b>&gt; 1 até 2</b>		
Salário Mínimo (SM)	7	28
> 2 SM	14	56
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	5	20
1º grau completo	1	4
2º grau incompleto	4	16
2º grau completo	9	36
Superior incompleto	4	16
Superior completo	1	4
Pós-graduação	1	4

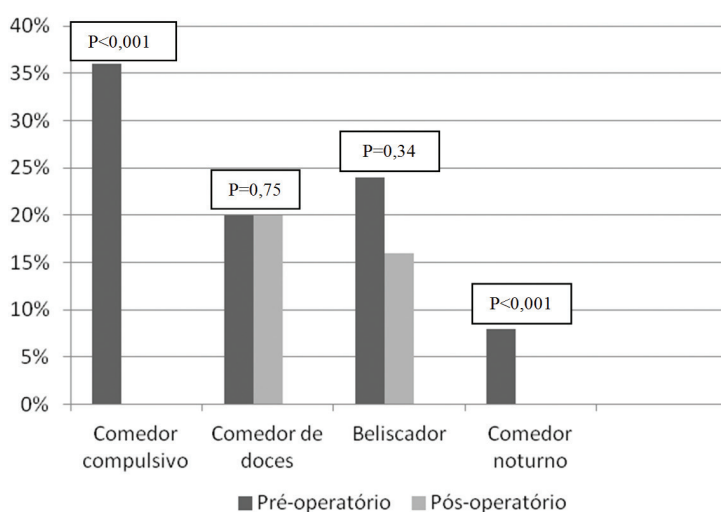


Figura 1 - Prevalência de desordens no comportamento alimentar nos pacientes estudados antes e 6 meses após a realização da gastroplastia redutora derivação intestinal em *Y de Roux* - HRAN/SES-DF, 2011/2012.

### **TIPO DE DESORDEM ALIMENTAR NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA X TIPO DE DESORDEM ALIMENTAR NA FASE PÓS-OPERATÓRIA**

Aplicou-se, ainda, o teste McNemar para verificar se os pacientes, com a desordem antes da cirurgia, poderiam passar a apresentar outro tipo de desordem alimentar no pós-operatório. Observou-se que entre os 9 comedores compulsivos no pré-operatório, 1 tornou-se comedor de doce e 1 tornou-se beliscador na fase pós-operatória. Entre os 5 comedores de doce, 1 tornou-se beliscador; entre os 6 beliscadores, 3 tornaram-se comedores de doces. Conforme análise realizada pelo teste de McNemar, não houve significância estatística na associação ( $p=0,15$ ).

### **DESORDEM NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA X PERCENTUAL DE PERDA DO EXCESSO DE PESO (%PEP)**

A fim de verificar se os pacientes com alguma desordem alimentar no pré-operatório apresentaram %PEP inferior àqueles livres de desordens, utilizou-se o teste Mann Whitney. Houve diferença estatística, sendo a %PEP igual a  $45,7 \pm 16,7\%$  no grupo I (com desordens) e  $52,8 \pm 17,9\%$  e grupo II (livres), aos 6 meses do pós-operatório (Figura 2).

### **OUTROS HÁBITOS ADQUIRIDOS NA FASE PÓS-OPERATÓRIA**

Dos 25 pacientes avaliados, 20% ( $n=5$ ) relataram que adquiriram hábitos de cunho não alimentar após a realização da GRDIYR. Desses, o hábito de compras supérfluas (chocolates e sapatos) foi citado por 2 pacientes, seguido pelos hábitos igualmente citados de mascar chiclete, mascar gelo e ingerir bebida alcoólica, com 1 paciente cada.

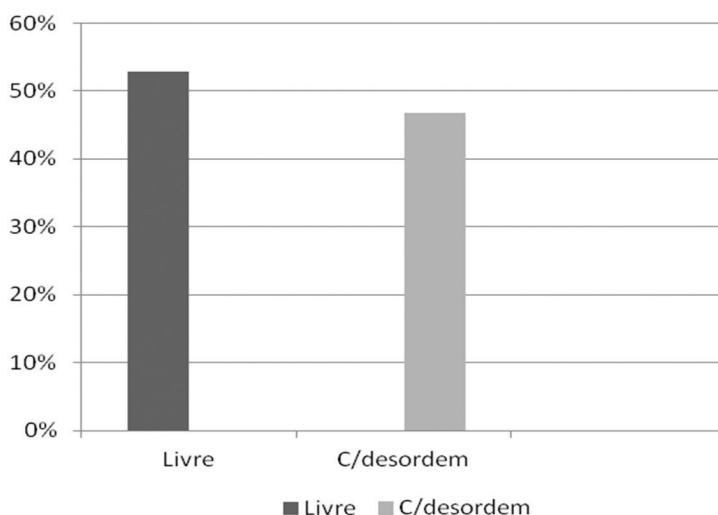


Figura 2 - Comparativo entre o percentual de perda do excesso de peso (%PEP) aos 6 meses da gastroplastia redutora com derivação intestinal em *Y de Roux* de pacientes livres e com algum tipo de desordem alimentar na fase pré-operatória - HRAN/SES-DF, 2011/2012.



Entre os cinco pacientes que declararam ter adquirido hábitos de cunho não alimentar após a realização da cirurgia bariátrica, 4 tinham sido classificados como portadores de desordens alimentares na fase pré-operatória. Avaliando os dados pelo teste de associação de qui-quadrado, a presença de desordens no comportamento alimentar na fase pré-operatória não está associada ao desenvolvimento de hábitos de cunho não alimentar na fase pós-operatória ( $P=0,17$ ).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, pôde ser observada uma redução significativa na prevalência de desordens no comportamento alimentar na fase pós-operatória quando comparada à fase pré-operatória, reafirmando o conceito já elucidado por alguns autores, de que a GRDIYR pode induzir uma significativa alteração no padrão alimentar dos pacientes a ela submetidos.<sup>10-12</sup> As restrições impostas pela técnica cirúrgica e a melhor percepção corporal com conseqüente redução na ansiedade, podem justificar a diminuição na prevalência de desordens alimentares entre os pacientes operados.<sup>13</sup>

Com relação à compulsão alimentar, resultados similares a este estudo foram encontrados por Latner et al. (2004).<sup>11</sup> Entre 46 pacientes, 48% foram classificados como comedores compulsivos no pré-operatório, reduzindo a 0% no pós-operatório da GRDIYR; mesmo em estudos nos quais não foi evidenciada a remissão desse tipo de desordem em toda a amostra avaliada, são expressivos os níveis de redução na prevalência entre as duas fases, como visto por Colles et al. (2008)<sup>10</sup> em amostra de 129 pacientes, em que a prevalência de 14% regrediu para 3,1% na fase pós-operatória. Alterações fisiológicas ligadas à sensação de saciedade como a diminuição da liberação de grelina (hormônio do apetite), incapacidade estomacal de comportar grandes quantidades de alimentos, tentativas frustradas de grande ingestão alimentar seguidas por desconforto gastrointestinal e vômitos, são fatores que desempenham papel importante na eliminação da compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica.<sup>11,14</sup>

Na análise individual do hábito beliscador, foi observada redução de 8% em sua prevalência, ao comparar as fases pré e pós-operatória. Resultado não compatível com estudo similar conduzido por Colles et al. (2007)<sup>15</sup>, que observaram um aumento de 31% nos indivíduos beliscadores durante o primeiro ano de pós-operatório da GRDIYR. A diferença entre os resultados pode ser justificada pelo tempo de acompanhamento proposto pelo estudo, pois a prevalência do hábito beliscador tende a aumentar após o sexto mês do pós-operatório, período não avaliado pelo atual estudo. Conforme achado de Kalarchian et al. (2002)<sup>16</sup>, 80% dos pacientes identificados com algum tipo de desordem alimentar no pré-operatório evidenciava sinais de instalação do hábito beliscador a partir de 6 meses de realização da GRDIYR.

A prevalência de comedores de doces permaneceu inalterada no comparativo pré e pós-operatório, resultado que pode ser explicado pelo fato de alimentos doces poderem se apresentar na forma de líquidos, em sua maioria, com densidade calórica elevada como: leite condensado, sorvete, mel e bebidas açucaradas; facilmente consumidos, mesmo após a cirurgia bariátrica. Alta prevalência dessa desordem alimentar também foi identificada por estudo holandês, no qual 34% dos 138 indivíduos se autorrelataram comedores de doces após a cirurgia.<sup>17</sup>

A remissão total da prevalência de comedores noturnos no presente estudo foi condizente com achados de outros autores. No estudo de Hsu et al. (1997)<sup>18</sup>, 33% eram comedores noturnos e, após a cirurgia, esse valor se reduziu a 11%. Colles et al. (2008)<sup>10</sup> encontraram uma redução de

17,1% para 7,8%, porém ambos os estudos avaliam o comportamento alimentar de antes e do primeiro ano da realização da cirurgia. Vale ressaltar que pode haver confusão na classificação dos pacientes em comedores noturnos ou compulsivos, já que, no último, a compulsão pode estender-se, ocorrendo à noite (anorexia matutina). Além disso, pode ocorrer falta de controle diante da quantidade de alimento ingerida em ambas as desordens, o que pode ter influenciado nos resultados da presente pesquisa.<sup>15</sup>

Ao analisar se os pacientes com desordem antes da cirurgia poderiam passar a apresentar outro tipo de desordem alimentar no pós-operatório, este estudo não encontrou uma associação estatisticamente significativa, fato que pode estar associado ao número amostral. Porém essa relação foi descrita por alguns autores, especialmente entre a compulsão alimentar pré-operatória e o desenvolvimento do hábito beliscador no pós-operatório.<sup>19</sup> Machado et al. (2008)<sup>20</sup>, com amostra de 50 pacientes avaliados antes e entre dois e cinco anos após a realização da GRDIYR, verificaram que 33,3% dos comedores compulsivos na fase pré-operatória desenvolveram o hábito beliscador na fase pós-operatória.

Fatores psicológicos como rigidez de pensamento, impulsividade e dificuldade na administração de emoções e utilização da alimentação como recurso de alívio para situações conflitivas, muito presentes na fase pré-operatória em alguns pacientes, perdurariam na fase pós-operatória. Tais fatores, aliados à incapacidade gástrica de ingerir grandes quantidades de alimentos, podem estar associados ao desenvolvimento do comportamento beliscador como forma de compensação à compulsão alimentar.<sup>20,21</sup>

Quanto à menor perda do excesso de peso (%PEP) entre os portadores de desordens na fase pré-operatória encontrada neste estudo, Sallet et al. (2007)<sup>22</sup> obtiveram resultado similar, com amostra de 216 indivíduos avaliados antes e com 1 ano de pós-operatório. Os autores verificaram que indivíduos livres de desordens alimentares na fase pré-operatória obtiveram significativamente ( $p=0,027$ ) maior %PEP quando comparados aos indivíduos classificados como comedores compulsivos na mesma fase.

Em contrapartida, Latner et al. (2004)<sup>11</sup> encontraram, em amostra de 65 pacientes com 16 meses de pós-operatório, média de 70% de PEP para ambos os grupos, e destacaram que a existência de desordens no comportamento alimentar na fase pré-operatória não prejudica a perda ponderal pós-operatória. Para os autores, podem colaborar, uma vez que desordens, como a compulsão alimentar eliminada após a realização da cirurgia, poderiam ser o fator mantenedor do quadro de obesidade pré-operatória.

Legenbauer et al. (2011)<sup>23</sup> frisaram que desordens alimentares pré-operatórias não influenciaram, em curto prazo, a perda ponderal após a realização da cirurgia bariátrica. Os autores observaram perda de 25,1% do peso pré-operatório para pacientes livres de desordens alimentares e 24,5% para pacientes classificados como portadores de desordens alimentares, 1 ano após a cirurgia.

A literatura descreve, ainda, que uma parcela de pacientes, após a realização da gastroplastia redutora, desenvolve hábitos não relacionados à alimentação em resposta a conflitos emocionais e limitações alimentares impostas pelo procedimento cirúrgico. Entre os mais comuns estão a compulsão por jogos, compras, dependência alcoólica e outras drogas.<sup>24</sup> No presente estudo, 20% dos pacientes relataram ter desenvolvido hábitos não relacionados à alimentação durante

os 6 primeiros meses de pós-operatório. Resultado similar foi encontrado por Machado et al. (2008)<sup>20</sup> em que 16% dos 50 pacientes participantes da amostra relataram expressar conflitos emocionais, adquirindo hábitos não relacionados à alimentação após a gastroplastia redutora, caracterizando-os como uma “válvula de escape”.<sup>25</sup> Não foi evidenciada, pelo presente estudo, uma relação significativa entre a presença de desordens alimentares na fase pré-operatória com o desenvolvimento de hábitos de cunho não alimentar na fase pós-operatória, fato talvez relacionado ao tempo de acompanhamento pós-operatório, uma vez que o desenvolvimento de distúrbios afins como forma de compensação à desordem alimentar pré-operatória, especialmente em compensação à compulsão alimentar, já foi descrito em outros estudos.<sup>20,25</sup>

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A utilização de questionários autoaplicáveis pode ser considerada uma limitação, pela influência da desejabilidade social, ou seja, uma tendência em obter respostas consideradas, pelos participantes, mais aceitáveis em termos sociais. Porém, sua utilização foi necessária, pela praticidade e por tratar de questões muito particulares que poderiam causar constrangimento aos indivíduos, caso fossem investigadas de outra maneira.

Também deve ser considerada a grande diversidade de definições e de métodos a serem utilizados para classificação de indivíduos como portadores de cada uma das desordens alimentares, o que dificulta a reprodução e comparação dos estudos.

Os resultados do estudo podem ter sido influenciados por restrições físicas imediatas associadas ao procedimento cirúrgico. Desordens no comportamento alimentar comumente tendem a se desenvolver ou ressurgir no pós-operatório a partir do sexto mês de realização da cirurgia, pois existe uma adaptação quanto ao volume de alimentos ingeridos e alguns pacientes começam a retomar a alimentação habitual.<sup>21,26</sup>

Estudos com maior tempo de seguimento são recomendados. A detecção da presença ou mesmo de uma tendência ao desenvolvimento de desordens alimentares, no período pré e pós-operatório, como realizado pelo atual estudo, poderá contribuir para uma intervenção precoce e prevenção de posteriores agravos.

### **CONCLUSÃO**

Foi observado que grande parte dos pacientes estudados foram classificados como portadores de desordens no comportamento alimentar na fase pré-operatória da GRDIYR. Aos 6 meses do pós-operatório, verificou-se uma redução significativa na prevalência de comedores compulsivos e comedores noturnos. Evidenciou-se ainda, menor %PEP entre os pacientes classificados como portadores de desordens no comportamento alimentar na fase pré-operatória.

Visto os resultados encontrados, nota-se que pacientes acometidos por desordens no comportamento alimentar têm necessidades específicas, necessitando de acompanhamento periódico com equipe multidisciplinar especializada, objetivando investigar, monitorar, intervir precocemente, contribuindo assim, para o alcance de resultados satisfatórios relacionados à cirurgia bariátrica.

## REFERÊNCIAS/REFERENCES

1. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo extratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000;43:186-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000300004>
2. Torre AM. *Nutrición y Metabolismo em transtornos de la conducta alimentaria.* Barcelona: Ed. Glosa; 2004.
3. Santos FCG. *Magro. E agora? Histórias de obesos mórbidos que se submetem a cirurgia bariátrica.* São Paulo: Editora Vetor; 2005.
4. Vallejo JLV, Martín ATE. Clasificación de los trastornos de la alimentación: La obesidad como trastorno de la alimentación. In: De la Torre AM. *Nutrición y Metabolismo em transtornos de La conducta alimentaria.* Barcelona: Ed. Glosa; 2004. v. 3, p. 57-70.
5. Brolin RE, Robertson LB, Kenler HA, Cody RP. Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Y-en-Roux gastric bypass. *Ann Surg.* 1994;220:782-90. <http://dx.doi.org/10.1097/00000658-199412000-00012>
6. Costa ACC, Ivo MI, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em candidatos à cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 2009;22:55-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100009>
7. Dymek Mp, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg.* 2001;11:32-9. <http://dx.doi.org/10.1381/096089201321454088>
8. Metropolitan Life Foundation. New York. 1982;63(1), 1983;64(1). ISSN 0736-4822.
9. Associação Americana de Psiquiatria. *DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
10. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity.* 2008; 16: 615-22. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2007.101>
11. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glineski J. Gastric bypass in a low-income population of the inner city: eating disturbances and weight loss. *Obes Res.* 2004;12:956-61. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2004.117>
12. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Cramerand CE, Gibbons LM, et al. Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among persons seeking Bariatric Surgery: Prevalence and related features. *Obesity.* 2006;14:77-82. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2006.286>
13. Kincey J, Neve H, Soulsby C, Taylor TV. Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity: some outcomes and interrelationships. *Psychol Health Med.* 1996;1:113-8. <http://dx.doi.org/10.1080/13548509608400010>
14. Cummings DE, Weigle DS, Frayo RS, Breen PA, Ma MK, Dellinger EP, et al. Plasma ghrelin levels after diet-induced weight loss or gastric bypass surgery. *N Engl J Med.* 2002;346:1623-30. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa012908>
15. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and evening snack: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes.* 2007;31:1722-30. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803664>
16. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson T, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg.* 2002;12:270-5. <http://dx.doi.org/10.1381/096089202762552494>
17. Heuvel MVD, Horchner R, Wijtsma A, Bourhim N, Willemsen D, Mathus-Vliegen EM. Sweet Eating: A Definition and the Development of the Dutch Sweet Eating Questionnaire. *Obes Surg.* 2011;21:714-72. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-010-0094-2>
18. Hsu LKG, Sullivan SP, Benotti PN. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord.* 1997;21:385-

90. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(1997\)21:4<385::AID-EAT12>3.0.CO;2-Y](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4<385::AID-EAT12>3.0.CO;2-Y)
19. Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, Steffen K, Peterson L, de Zwaan M, et al. The Emergence of Eating Pathology after Bariatric Surgery: A Rare Outcome with Important Clinical Implications. *Int J Eat Disord.* 2012;45:179-84. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20891>
20. Machado CE, Zilberstein B, Ceconello I, Monteiro M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD.* 2008;21:185-91.
21. Saunders R. "Grazing": A High-Risk Behavior. *Obes Surg.* 2004;14:98-102. <http://dx.doi.org/10.1381/096089204772787374>
22. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, et al. Eating Behavior as a Prognostic Factor for Weight Loss after Gastric Bypass. *Obes Surg.* 2007;17:445-51. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-007-9077-3>
23. Legenbauer T, Petrak F, Zwaan M, Herpertz S. Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Compr Psychiatry.* 2011;51:301-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.012>
24. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16: 4767-76.
25. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra indicações para a realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:68-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>
26. Wood KV, Ogden J. Explaining the role of binge eating behaviour in weight loss post bariatric surgery. *Appetite.* 2012;59:177-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.019>
27. Faria SL, De Oliveira Kelly E, Pereira Faria O, Kiyomi Ito M. Snack-Eating Patients Experience Lesser Weight Loss after Roux-En-Y Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg.* 2009;19:1293-6.
- Recebido para publicação em 12/6/2013.  
Aprovado em 22/11/2013.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Prevalência de transtornos alimentares em obesos mórbidos antes e após a cirurgia bariátrica em um hospital público do Distrito Federal, ou seja, número de pacientes do ambulatório de cirurgia bariátrica que possuem desordem no comportamento alimentar antes e após a realização da cirurgia bariátrica.

O objetivo desta pesquisa é: Determinar o número de pacientes com transtornos alimentares e sua relação com a perda de peso, antes e 6 meses após a cirurgia bariátrica em um hospital público do Distrito Federal. Seus resultados poderão contribuir aos profissionais de Saúde no tratamento de tais transtornos, levando os pacientes operados a melhores resultados, como a maior perda de peso.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de um questionário, contendo perguntas referentes a seus hábitos alimentares, que o(a) senhor(a) deverá responder no Ambulatório de Bariátrica do HRAN e Avaliação Antropométrica, por meio da aferição de seu peso e altura, que será realizada pela pesquisadora responsável, neste mesmo local, em dois momentos: antes e 6 meses após a realização da sua cirurgia. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão ou não permitir a realização da Antropometria caso tais procedimentos lhe tragam constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os participantes não serão ressarcidos financeiramente, uma vez que a participação na pesquisa não lhes acarretará despesas. Sendo prevista a cobertura material sob responsabilidade do pesquisador responsável, somente em reparação a dano imediato ou tardio, comprovadamente causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetido.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, podendo ser publicados posteriormente em encontros ou revistas científicas, e mostrará apenas os resultados obtidos como um todo.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Mariana de Oliveira Silva, nutricionista residente, pelo telefone: (61) 3326-6172 ou (61) 8141-6789.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B - Questionário: Comportamento Alimentar Habitual – Pré-Operatório

Nome: \_\_\_\_\_ Id.: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União estável

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) 1º. grau incompl. ( ) 1º. grau compl. ( ) 2º. grau incompl.

( ) 2º. grau compl. ( ) sup. incompl. ( ) sup. compl. ( ) pós-grad.

Dados Antropométricos (deverão ser preenchidos pelo pesquisador):

Peso pré-operatório: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**As questões a seguir, devem ser respondidas de acordo com o comportamento alimentar antes de iniciar o tratamento com a Equipe do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica.**

1) Nas refeições, você ingeria uma grande quantidade de alimentos (em quantidade superior ao que as demais pessoas consumiam)?

Sim  Não

2) Consumia alimentos mesmo quando não estava com fome?

Sim  Não

3) Ao se alimentar, você sentia que perdia o controle quanto à quantidade de alimentos ingeridos (só parava de comer quando se sentia bastante saciado) ?

Sim  Não

4) Sentia culpa após as refeições?

Sim  Não

5) Utilizava-se de estratégias compensatórias como a prática de exercícios físicos excessivos, longos períodos sem se alimentar ou outras?

Sim  Não

6) Se a resposta foi sim para as questões anteriores. Responda:

Esses episódios ocorreram por mais de 6 meses, com frequência de pelo menos dois dias por semana?

Sim  Não

7) Consumia alimentos doces, em grande quantidade, entre as refeições, pelo menos 3 vezes na semana?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) doce (s) costumava comer? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

8) Você costumava “beliscar”, alimentos salgados, entre as principais refeições?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) salgado (s) costumava “beliscar”? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

9) Você costumava consumir alimentos mesmo depois que se recolhia para dormir (madrugada)?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) costumava consumir neste período? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Questionário: Comportamento Alimentar Habitual – Pós-Operatório

Nome: \_\_\_\_\_ Id.: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> %PEP: \_\_\_\_\_

**As questões a seguir, devem ser respondidas de acordo com o comportamento alimentar atual.**

1) Nas refeições, você ingere uma grande quantidade de alimentos (em quantidade superior ao que as demais pessoas consumiam)?

Sim  Não

2) Consome alimentos mesmo quando não está com fome?

Sim  Não

3) Ao se alimentar, você sente que perde o controle quanto à quantidade de alimentos ingeridos (só para de comer quando se sente bastante saciado)?

Sim  Não

4) Sente culpa após as refeições?

Sim  Não

5) Utiliza-se de estratégias compensatórias como a prática de exercícios físicos excessivos, longos períodos sem se alimentar ou outras?

Sim  Não

6) Se a resposta foi sim para as questões anteriores. Responda:

Esses episódios ocorrem há mais de 6 meses, com frequência de pelo menos dois dias por semana?

Sim  Não

7) Consome alimentos doces, em grande quantidade, entre as refeições, pelo menos 3 vezes na semana?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) doce (s) costuma comer? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

8) Você costuma “beliscar”, alimentos salgados, entre as principais refeições?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) salgado (s) costuma “beliscar”? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

9) Você costuma consumir alimentos mesmo depois que se recolhe para dormir (madrugada)?

Sim  Não

Se a resposta foi sim, qual (is) alimento (s) costuma consumir neste período? Em que quantidade?

alimento(s): \_\_\_\_\_ / quantidade: \_\_\_\_\_

10) Depois da cirurgia, você adquiriu algum hábito ou mania que antes não tinha?

Sim  Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_