

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Nutrição

Tais Stefani Nascimento Dornellas

**RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS ALIMENTARES E CIRURGIA
BARIÁTRICA**

São Paulo

2022

Tais Stefani Nascimento Dornellas

**RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS ALIMENTARES E CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição, da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Ma. Clara Rodrigues

São Paulo

2022

D757r Dornellas, Tais Stefani Nascimento.

Relação entre transtornos alimentares e a cirurgia bariátrica / Tais Stefani Nascimento Dornellas. — São Paulo, 2022.

53 p.: il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientadora: Prof.^a Ms. Clara Rodrigues.

1. Transtorno da Compulsão Alimentar. 2. Comportamento alimentar. 3. Cirurgia bariátrica. I. Rodrigues, Clara, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Tais Stefani Nascimento Dornellas

RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS ALIMENTARES E CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição. Orientadora: Prof. Ms. Clara Rodrigues

São Paulo, 13 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Ms. Clara Rodrigues

Prof.^a Ms. Marcela Pandolfi

Prof.^a Dra. Ingrid C.C. Campos

Conceito Final: _____

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por me abençoar com sua sabedoria, por me dar forças todos os dias e por não me permitir desistir e chegar até aqui, me renovando dia após dia e enxugando todas as lágrimas de desespero, sou grata a minha família por não me permitir largar tudo quando forças me faltou por me suportarem quando eu enlouquecia com EAD ou com as pesquisas do TCC ,obrigado mãe Ednalva dos Santos Nascimento pai Nilton Cezar Dornellas e irmão Vitor Gabriel Nascimento Dornellas , sou grata aos meus pequenos romeu ,layon, frajola , olaf e scooby doo por cada vez que sem saber e entender me deram força para continuar.

Sou grata a minha orientadora essa pessoa maravilhosa a Professora Clara Rodrigues, por cada conselho pela paciência pelos ensinamentos por me transmitir e ensinar amar esse curso maravilhoso que é a nutrição, sou grata a todos os outros professores que passaram por essa longa caminhada desses 4 anos, que dividiram seus conhecimentos e me mostrou o caminho até aqui, sou grata aos meus colegas que fizeram parte com trabalhos em grupo juntos e vencemos cada batalha, e em especial minha amiga Vera Souza que sempre me ajudou e me ensinou muito , sou grata aos meus patrões que me abriram as portas dos seus comércios e me proporcionaram a pagar cada mensalidade mês após mês. Sou grata a cada nutricionista que conheci durante os períodos de estagio que com paciência e carinho ensinou na pratica essa profissão maravilhosa.

“Até aqui nos ajudou o Senhor! (1 Samuel 7:12)”

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica é considerada o método mais eficiente no controle e tratamento da obesidade severa, permitindo resultados positivos a longo prazo porém a existência de transtornos alimentares antes e após a bariátrica comprometem negativamente o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Relacionar o transtorno de compulsão alimentar e o Transtorno da Evitação ou Restrição da Ingestão de Alimentos pós cirurgia bariátrica. **Métodos:** revisão narrativa, consultados nas bases do *SciELO*, *LILACS* e *PUBMED/ MEDLINE* no ano de 2012 e 2022. Como critérios de inclusão, foram consideradas as produções da literatura no referido período, disponíveis na íntegra online e selecionados os artigos na língua inglesa e portuguesa. Os critérios de exclusão foram artigos que não se adequaram ao tema proposto. **Desenvolvimento:** A obesidade é uma doença crônica que cresce cada vez mais desenvolvida pelo acúmulo de gordura no corpo consequência do alto consumo de calorias e um baixo gasto energético. Os métodos de tratamento são dietas com baixas calorias, exercício físico, uso de medicamentos redutores de apetite e em casos onde as alternativas anteriores não tiveram efeitos positivos a cirurgia bariátrica é o procedimento indicado. De diferentes formas a bariátrica é feita alterando e modificando a anatomia e funcionamento do estômago e intestino, que como consequência desenvolve ou piora casos de transtornos alimentares como compulsão alimentar, anorexia e bulimia nervosa, síndrome do comer noturno. **Considerações finais:** Perante os dados apresentados das pesquisas consultadas, observa-se que os transtornos alimentares com maior atributo ao transtorno de compulsão alimentar se manifesta nos pacientes antes e após a bariátrica se tornando obstáculos na perda de peso e qualidade de vida dos pacientes. Para que esse problema não dificulte o processo da cirurgia bariátrica permitindo maior segurança e resultados positivos para os pacientes, como conduta deve ser solicitado um acompanhamento por profissionais como psicólogo, nutricionista, médicos, educador Físico.

Palavras-chave: Transtorno da Compulsão Alimentar. Transtorno da Evitação ou Restrição da Ingestão de Alimentos. Comportamento alimentar. Cirurgia bariátrica. Bulimia nervosa. Anorexia nervosa. Obesidade. Bypass Gástrico.

ABSTRACT

Introduction: Bariatric surgery is considered the most efficient method in the control and treatment of severe obesity, allowing positive long-term results. **Methods:** narrative review, consulted in the SciELO, LILACS and PUBMED/MEDLINE databases in 2012 and 2022. As inclusion criteria, the literature productions in the referred period, available in full online and selected articles in English and Portuguese were considered. The exclusion criteria were articles that did not fit the proposed theme. **Theoretical Background:** Obesity is a chronic disease that grows more and more developed by the accumulation of fat in the body as a result of high calorie consumption and low energy expenditure. Treatment methods are low-calorie diets, physical exercise, use of appetite-reducing medications and in cases where the previous alternatives did not have positive effects, bariatric surgery is the indicated procedure. In different ways, bariatric surgery is performed by altering and modifying the anatomy and functioning of the stomach and intestine, which as a consequence develops or worsens cases of eating disorders such as binge eating, anorexia and bulimia nervosa, night eating syndrome. **Conclusion:** In view of the data presented from the surveys consulted, it is observed that eating disorders with greater attribute to binge eating disorder manifest in patients before and after bariatric surgery, becoming obstacles in weight loss and quality of life for patients. So that this problem does not hinder the bariatric surgery process, allowing greater safety and positive results for patients, as a conduct, monitoring by professionals such as psychologist, nutritionist, doctors, physical educator should be requested.

Keywords: Binge-Eating Disorder. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Feeding Behavior. Bariatric Surgery. Bulimia Nervosa. Anorexia nervosa. Obesity. Gastric Bypass.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação IMC	17
Figura 2 - Anatomia do estômago	18
Figura 3 - Anatomia do intestino	21
Figura 4 - Cirurgia Bypass Gástrico	23
Figura 5 - Cirurgia Gastrectomia Vertical	25
Figura 6 - Cirurgia Duodenal Switch	27
Figura 7 - Cirurgia banda gástrica.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresenta-se as Complicações relacionadas a Anorexia Nervosa..	33
Tabela 2 - Complicações relacionadas a Bulimia Nervosa.....	35
Tabela 3 - resultados dos artigos utilizados	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	GERAL	14
2.2	ESPECÍFICOS	14
3	MATERIAIS E MÉTODOS	15
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1	Definição de obesidade	16
4.2	Tipos de obesidade	16
4.3	Tratamentos para obesidade	17
5	ANATOMIA DO ESTÔMAGO	17
5.1	Estômago: Irrigação Arterial	19
5.2	Funções do estômago	19
5.3	As etapas da mobilidade gástrica são	20
5.4	Intestino delgado	20
5.5	Intestino grosso	21
6	AS TÉCNICAS DAS CIRURGIAS SÃO CLASSIFICADAS EM	21
7	TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA	22
7.1	Bypass Gástrico	22
7.2	Gastrectomia vertical (sleeve)	24
7.3	Duodenal Switch	25
7.4	Banda gástrica ajustável	27

8 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS COMPULSÃO ALIMENTAR SUGERIDOS PELO DSM-IV.....	29
8.1 Transtorno alimentar restritivo/evitativo	29
8.2 Anorexia nervosa.....	29
8.3 Bulimia nervosa	30
8.4 Transtorno de compulsão alimentar	31
8.5 Síndrome de comer noturno.....	31
8.6 Conceito de anorexia nervosa.....	32
8.7 Conceito de Bulimia Nervosa	34
8.8 Compulsão alimentar periódica	36
8.9 Síndrome do comer noturno, pegar/beliscar	36
9 IDENTIFICAR A INCIDÊNCIA DO TRANSTORNO ALIMENTAR EM PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	37
10 RESULTADOS E DISCUSSÃO	399
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	433
REFERÊNCIAS.....	444

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma enfermidade inflamatória crônica que se manifesta pela quantidade excessiva de gordura corporal, que vem avançando cada vez mais. ⁽¹⁾ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), destaca a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com excesso de peso, sendo mais de 700 milhões de pessoas obesas. ⁽²⁾

A obesidade ainda pode levar ao desencadeamento de outras doenças como a hipertensão arterial, diabetes, infarto do miocárdio, apneia do sono, aumento do colesterol e triglicérides, acidente vascular cerebral e esteatose, motivados por diferentes fatores sendo eles genéticas alterações de hormônios, estilo de vida como não praticar exercícios físicos e maus hábitos alimentares e distúrbios emocionais. ^(3,4)

Diferentes métodos que são apresentados no tratamento da obesidade como dietas com redução alimentar, pratica de exercícios físicos ou até mesmo o uso de medicamentos para redução do apetite e cirurgias. ⁽⁵⁾

A cirurgia bariátrica é o método categórico utilizado para tratamento de casos graves de obesidade , com finalidade de diminuição no peso da população com IMC > 35 e 40 , podendo ser realizadas das seguintes maneiras,⁽⁶⁾ gastrectomia vertical sleeve onde é extraído grande parte do estômago que será substituído por um tubo fino, ⁽⁷⁾ Derivação gástrica em Y de Roux (Bypass Gástrico) ocorre a delimitação do tamanho do estômago e criando uma via da parte mais distal do intestino delgado até o estômago, ⁽⁸⁾ Duodenal Switch onde boa parte do estômago é removido porem se mantem a anatomia e fisiologia do esvaziamento normalmente, ⁽⁹⁾ Banda gástrica ajustável é colocado um anel de silicone causando um aperto que fiscaliza o esvaziamento do estômago. ⁽¹⁰⁾

Embora a cirurgia bariátrica seja um meio a percorrer pelos pacientes obesos não pode ser definida como uma cura total e resolução para perda de peso, com o passar do tempo esses pacientes podem vir a obter o reganho de peso e desencadear problemas graves com alimentação como transtornos alimentares, compulsão alimentar periódica, anorexia nervosa, bulimia, síndrome do comer noturno, pegar/beliscar. ^(6,11)

O surgimento de transtorno alimentar no pós-operatório de cirurgia bariátrica ainda sofre de carência de informação na literatura, o que se sabe até o momento é que os pacientes que desenvolvem algum tipo de transtorno, sofrem menor perda de peso e complicações na qualidade de vida seguido de sentimento de descontrole com os alimentos, quando comparados aos obesos que não apresentam problemas de transtorno alimentar. (12-18)

É importante que o paciente saiba não somente dos benefícios que a cirurgia bariátrica pode acarretar em sua vida, mais saber quais são as possíveis consequências que podem vir com pós-operatório da bariátrica e as mudanças que deveram fazer parte da sua nova jornada, aderir o conhecimento de que vai precisar ter um acompanhamento com profissionais como nutricionista e psicólogo que vão auxiliar e ajudar a entender melhor seus sentimentos pela comida. (12- 18)

Em muitos dos casos os pacientes obesos com o foco em perda de peso o desespero em se livrar dessa enfermidade e até mesmo frustrado, com tentativas que não obteve resultados esperado visto como sua única saída e oportunidade naquele momento a cirurgia bariátrica vem como um escape que vai resgatar e vencer a batalha , sem parar e pensar nos impactos e consequências que podem vir a aparecer após a essa batalha vencida, podendo desencadear uma ou mais lutas se não vivenciar os cuidados no pós bariátrica como desenvolvimento, ou piora de transtornos alimentares e transtorno de ansiedade sequelas das mudanças rigorosas nos hábitos alimentares e estilo de vida , decorrente a esta possibilidade negativa é importante que os pacientes tenham uma manutenção na perda de peso após a cirurgia bariátrica, para que evite o regresso do peso e as frustrações que levaram resultados negativos .

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Relacionar o transtorno de compulsão alimentar e o Transtorno da Evitação ou Restrição da Ingestão de Alimentos pós cirurgia bariátrica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conceituar os critérios diagnósticos dos transtornos, compulsão alimentar e o evitação ou restrição da Ingestão de Alimentos.
- Apresentar os tipos de cirurgia bariátrica.
- Conceituar o comportamento alimentar dos transtornos, compulsão alimentar e o evitação ou restrição da Ingestão de Alimentos
- Identificar a incidência do transtorno alimentar em pacientes pós cirurgia bariátrica

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo configurou revisão descritiva, consultados nas bases do *Scielo* (scientific electronic library online), *Lilacs* (literatura latino americana e do caribe em ciências da saúde) e *Pubmed/ Medline* (medical literature analysis and retrieval system on-line) no ano de 2012 e 2022.

Foi feito um levantamento onde foram selecionados 68 artigos que incluíram estudos transversais, estudos de coorte e revisões bibliográficas, após os critérios de exclusão foram utilizados 8 artigos que relacionavam o assunto a ser debatido.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as produções da literatura no referido período, disponíveis na íntegra online e selecionados os artigos na língua inglesa e portuguesa.

Os critérios de exclusão foram artigos que não se adequaram ao tema proposto.

As produções da literatura que foram utilizadas para sustentar esta análise, compreendam os critérios mencionados, com os descritores transtorno da compulsão alimentar, transtorno da evitação ou restrição da ingestão de alimentos. comportamento alimentar, cirurgia bariátrica, disponíveis na íntegra online e selecionados nos idiomas inglês e português.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

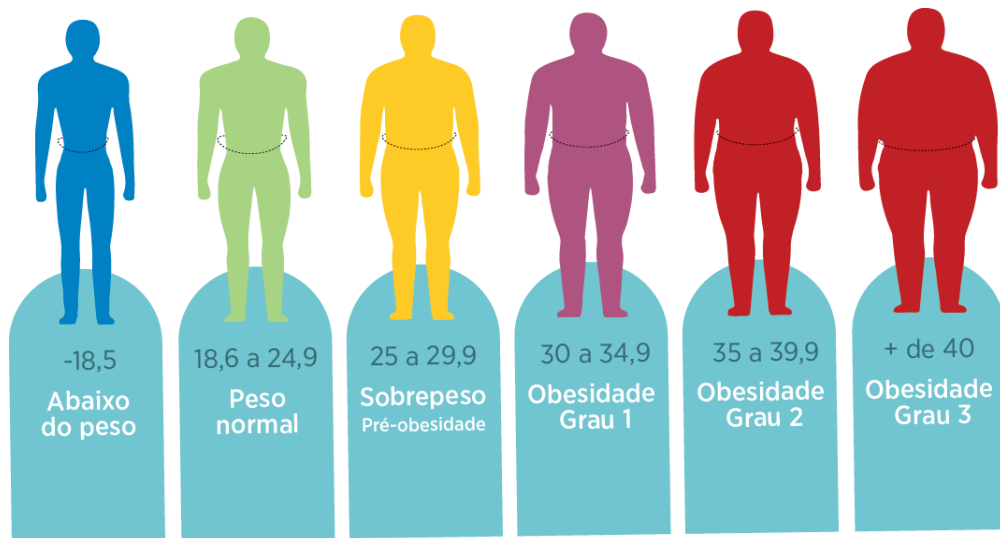
4.1 Definição de obesidade

A obesidade é uma doença crônica estabelecida pelo ajuntamento de grande quantidade de gordura no corpo, acarretando riscos à saúde decorrente a sua ligação com complicações metabólicas como resistência à insulina, aumento da pressão arterial e níveis elevados de colesterol e triglicérides. Sendo interligada a diferentes fatores como biológicos, econômicos, culturais, ecológicos, sociais, políticos e históricos. ^(19,20)

4.2 Tipos de obesidade

Obesidade abdominal: grande quantidade de gordura localizada na região do abdome e cintura partilhado com peito e rosto mais comum em homens. Mais pode desenvolver em mulher também conhecida por deixar as pessoas com forma de maçã, esse tipo de obesidade pode levar a desenvolvimento de trombose, colesterol alto, diabetes, colesterol alto, hipertensão. ^(19,20) **Obesidade Periférica:** mais comum em mulheres localizada na região das coxas, nádegas e quadril conhecida por deixar a pessoa com forma de pera, está relacionado a outras doenças como diabetes, cardíacas e varizes. ^(19,20) **Obesidade homogênea:** não tem um local específico para grande quantidade de gordura, está localizado por todo o corpo com mais dificuldade da pessoa perceber o ganho de peso na aparência física. ⁽²¹⁾ Os casos mais sério de obesidade é quando o IMC se encontra acima de 40, nomeada obesidade mórbida ou severa ou super obesidade quando índice de massa corpórea é igual ou maior que 50. ⁽²¹⁾ A figura 1 apresenta a classificação do IMC.

Figura 1 - Classificação IMC



Fonte: CBN (2020)

4.3 Tratamentos para obesidade

Os principais métodos de tratar a obesidade é através de mudanças no estilo de vida que deve ser acompanhados por médicos, nutricionistas, psicólogos e educador físico, o primeiro método utilizado é a mudança na alimentação dietas prescritas para perda de peso em conjunto com a pratica de exercício físico, caso esse método não seja suficiente pode utilizar medicamentos prescritos por médicos para auxiliar na redução do apetite e compulsão alimentar. ^(20,21) Quando os casos não tem resultados positivos com a pratica dos métodos anteriores os pacientes deveram recorrer a cirurgia bariátrica, que vai diminuir a área de absorção dos alimentos do trato gastrointestinal e levar à perda de peso. ⁽²¹⁾

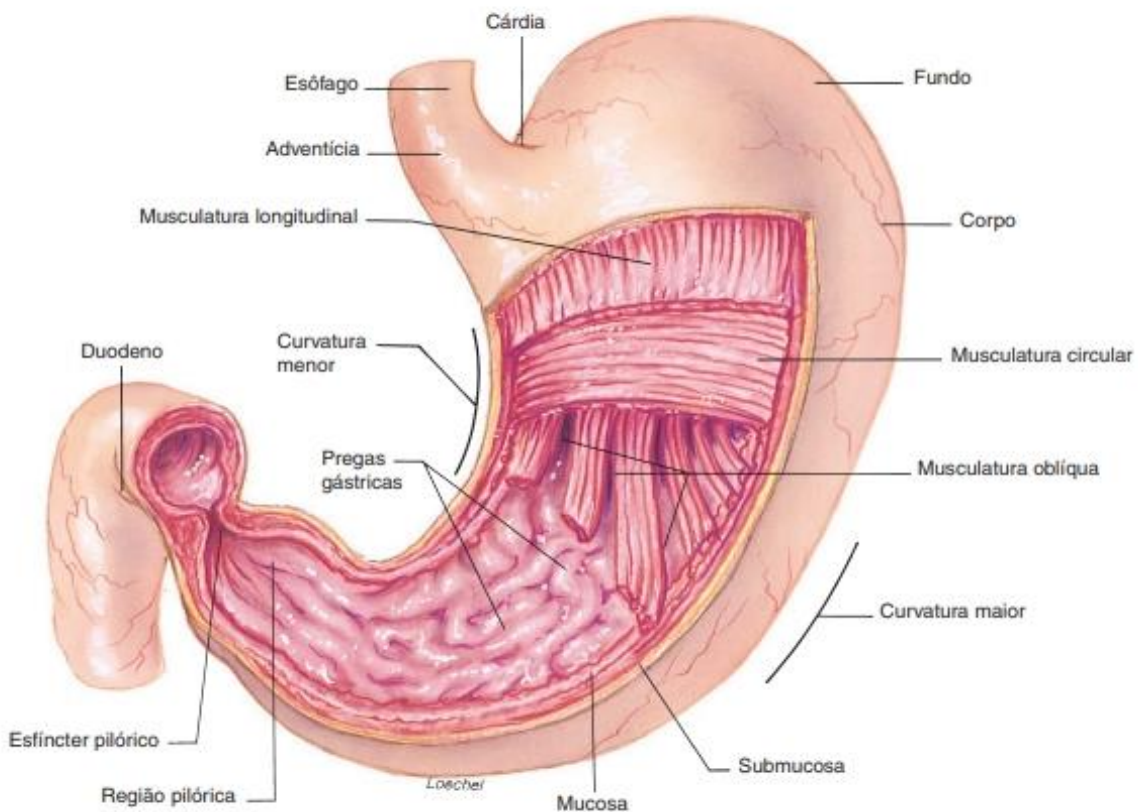
5 ANATOMIA DO ESTÔMAGO

O estômago é um órgão do sistema digestório localizado logo abaixo do diafragma no lado esquerdo do abdome entre o esôfago e o intestino delgado , formado por uma bolsa de paredes de músculos, no estômago se apresenta dois orifícios um que unem o esôfago ao estômago por meio do (óstio cárdico), e outro que reúne o estômago com a primeira parte do intestino delgado duodeno através do (óstio pilórico), ⁽²²⁾ o estômago ainda conta com duas margens denominadas

curvaturas maior à esquerda, e a curvaturas menor à direita e duas fases arredondadas a anterior e posterior, que se manifesta em forma de J quando está vazio porem seu tamanho ou forma é versátil muda para cada pessoa. ⁽²³⁾

Divisão do estômago: Parte cárdia local que de ligação entre o esôfago e estômago ainda apresenta glândulas secretoras de muco, fundo divisão superior do estomago localizada na parte esquerda, corpo gástrico parte central do órgão considerada a maior parte do estômago, porção pilórica: parte inferior do estomago, que tem sua continuidade ligada ao duodeno ⁽²³⁾. A figura 2 apresenta anatomia do estômago.

Figura 2 - Anatomia do estômago



Fonte: Lana Magalhães (2015)

A parede do estômago é formada por quatro camadas sendo elas a mucosa a mais interna de cor avermelhada com rugas, quando o estômago está vazio e quando cheio estas rugas se esticam, submucosa formada por tecido conjuntivo fica localizada abaixo da mucosa muscular externa, fica entre as camadas longitudinal e circular atua na motilidade e digestão mecânica, serosa é uma camada externa de tecido conjuntivo. (22,24)

5.1 Estômago: Irrigação Arterial

Através das artérias que o estômago é nutrido, o tronco celíaco se liga artéria aorta dando origem a três ramos a artéria hepática o oferece sangue ao estômago e duodeno, e ao fígado, artéria esplênica vai irrigar o baço, pâncreas, e grande curvatura e a porção esquerda do estômago, artéria gástrica esquerda vai transmitir sangue para o estômago na sua curvatura menor e para parte inferior do esôfago. (23,24)

5.2 Funções do estômago

O estômago desempenha três essências funções, digestão química dos alimentos onde as proteínas são parcialmente digeridas pela ação da enzima pepsina e do suco gástrico formando o quimo, quebra mecânica dos alimentos por meio da contração e relaxamento de sua musculatura e armazenamento dos alimentos. (23-25)

O estômago também apresenta função endócrina onde são produzidos e liberados a partir das células da mucosa do estômago e do intestino delgado, os hormônios que controlam a digestão como a gastrina que estimula a secreção de ácido clorídrico e estimula os movimentos do estômago, a grelina atuando como estimulador da fome (25-27) a secretina que estimula a secreção de bicarbonato de sódio no pâncreas, a colecistocinina age sobre o pâncreas para que se desenvolva e produza as enzimas do suco pancreático, fazendo com que a vesícula biliar se esvazie esses hormônios caminham pelo sangue e vai atravessar o aparelho digestivo chegando no coração, passam pelas artérias e regressam ao aparelho digestivo lá estimulam a produção de sucos digestivos e ocasiona o movimento dos órgãos. (25-29)

O fator intrínseco é uma glicoproteína excretada pelas células parietais podendo ser absorvida somente quando é ligada com o fator intrínseco, essa junção entre as duas ocorre devido a um receptor especial que fica no íleo terminal, sendo a vitamina B12 de extrema importância para a formação dos glóbulos vermelhos podendo levar a serias enfermidades sua ausência. (27-29)

5.3 As etapas da mobilidade gástrica

Primeiro enchimento gástrico sua habilidade se expansão ocorre devido suas dobras profundas que ficam pequenas e oprimidas conforme o estômago vai passando pelo relaxamento receptivo, fazendo com que o estômago tenha o poder de aumentar seu volume, o segundo processo é armazenamento que ocorre na parte do corpo do estômago, no fundo não ocorre o acolhimento de alimentos contendo somente um bolso de gás, o terceiro processo é a mistura no antro do estômago o alimento é misturado com suco gástrico através dos movimentos peristálticos formando o bolo alimentar chamado de quimo, quarto esvaziamento controlado pelo duodeno é a passagem do conteúdo do estômago para intestino, organizado pelos fatores gástricos que afetam a velocidade do esvaziamento e o volume de quimo, os fatores duodenais estimulam o esvaziamento gástrico com ácido gordura. (26-29)

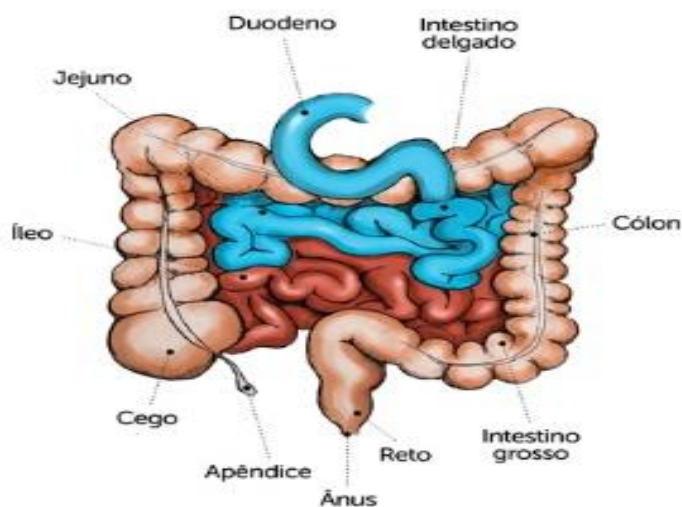
5.4 Intestino delgado

Fica entre o estômago e o intestino grosso se divide em três partes, a primeira é o duodeno menor parte do intestino delgado medindo cerca de 25 a 30 cm com funções importantes no processo de digestão como receber o suco pancreático, a bile e o suco entérico que vai auxiliar na digestão química do quimo, a segunda parte jejuno é o meio do intestino medindo cerca de 2,5 m ligado a absorção dos nutrientes através das vilosidades intestinais, a terceira parte final é o íleo medindo cerca de 3,5 m com função de absorção de vitamina B12, gorduras e sais biliares. (24-29)

5.5 Intestino grosso

Parte final da digestão onde armazena os resíduos do processo digestivo medindo cerca de 1,5 m se divide em três partes, primeira parte o ceco onde recebe o alimento do intestino delgado, segunda parte cólon dividido em porções ascendente, transversa, descendente e sigmoide com função de eliminar os restos alimentares e proteção do organismo contra as bactérias, terceira e última parte o reto tem função de armazenar as fezes, para que ocorra absorção final de água e parte dos nutrientes antes de serem expelidas pelo ânus. (22-29) A figura 3 apresenta anatomia do intestino.

Figura 3 - Anatomia do intestino



Fonte: Catarina Baguinho (S/Data)

6 CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Técnicas mistas ocorre a redução de parte do estômago por processo de grampeamento e a divisão dele em duas metades, isolamento da maior parte e a menor se ligado no intestino no Brasil o método mais utilizado é bypass gástrico.

Técnicas restritivas apresenta a diminuição da quantidade de alimento sólido que o estômago é habilitado a receber, diminuindo a quantidade e convence de saciedade. Técnicas disabsortivas ocorre um desvio intestinal, diminuindo o tempo que o alimento caminha pelo intestino delgado limitando a absorção dos nutrientes levando a perda de peso. ⁽³⁰⁻³²⁾

7 TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

7.1 Bypass Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)

Um procedimento cirúrgico utilizado para tratamento da obesidade crônica, nesse método o estômago é diminuído por processo de grampeamento onde é separado em duas partes, onde a metade maior não entrara mais em contato com os alimentos e parte menor será ligada diretamente com o intestino, com o caminho restrito ocorre baixa absorção e sentimentos de saciedade, não sofre retiradas de nenhum órgão somente a exclusão no caminho dos alimentos que já não passaram mais pelo duodeno e jejuno proximal. ^(30,34)

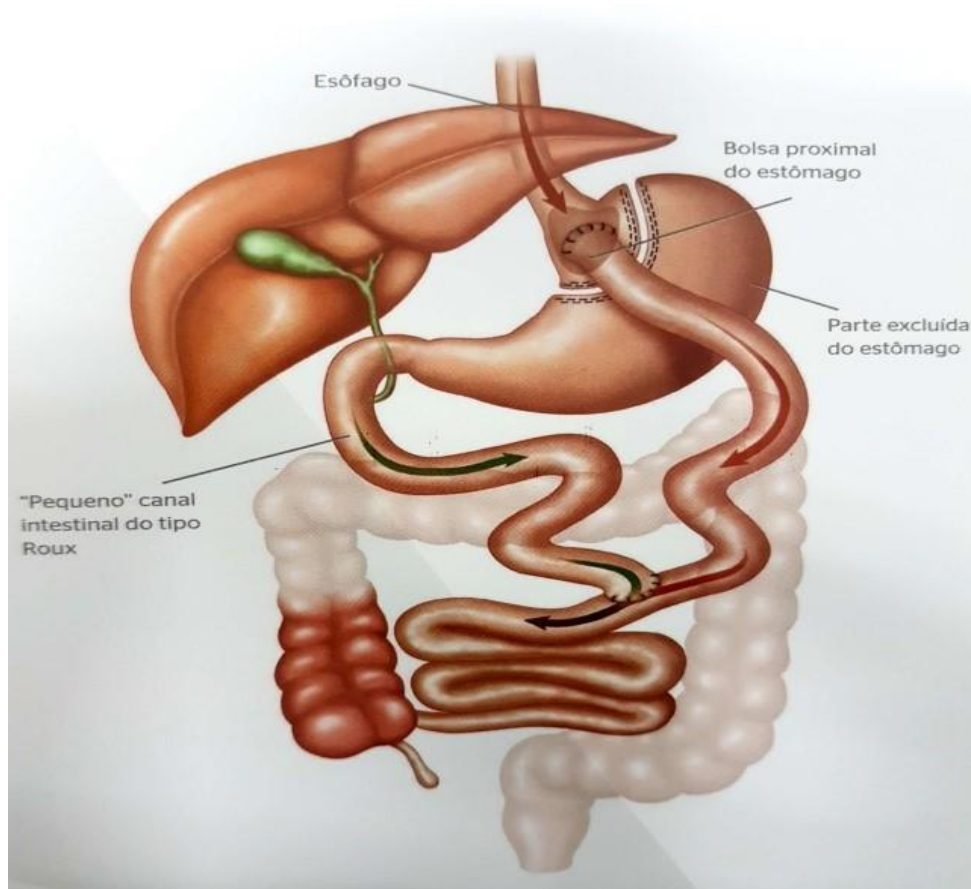
Uma técnica de cirurgia mista onde é feito por vide laparoscopia o paciente recebe anestesia geral e sofre algumas perfurações no abdome que permitirá o acesso dos instrumentos e uma micro câmera que vai fazer parte do processo, o trabalho do cirurgião começa com o grampeamento de parte do estômago a divisão então do órgão e o ligamento ao intestino, sendo feito em curto tempo menos que duas horas e rápida recuperação, é o método mais utilizado. ^(30,34)

Perda de peso melhora na saciedade melhor controle de enfermidades como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, apneia do sono dos pacientes que já apresentavam alguma dessa doença, cirurgia ante refluxo, são vantagens dessa técnica. ⁽³³⁾ Entretanto dentre as desvantagens estão necessidade de suplementação de vitaminas, diminuição do fator intrínseco, possível retorno do peso a longo prazo, possíveis complicações clínicas, renais, cardíacas, pulmonares, síndrome de dumping (comer um doce e passar mal). ⁽³⁴⁾

A dieta após esse procedimento os pacientes devem seguir as orientações de um nutricionista sobre o que poderá comer após a processo cirúrgico e de agora para frente, no pós-operatório nos primeiros dias dieta líquida clara passando para líquida completa levando a pastosa, branda e retorno parcialmente a dieta normal com propósito de dieta hipocalórica trabalhando diretamente a transformação dos antigos hábitos alimentares. ^(32,33)

É importante entender que não é uma cura que precisaram manter os cuidados após a bypass gástrico terão que ser atenciosos a nova vida, necessita de novas atitudes hábitos alimentares saudáveis, acompanhamento com nutricionista e educador físico e até mesmo psicólogo são importantes e necessário para que a vitória a longo prazo vai depender dessa assistência. ⁽³⁵⁾ A figura 4 apresenta a cirurgia Bypass Gástrico.

Figura 4 - Cirurgia Bypass Gástrico



Fonte : Gastro vida (S/Data)

7.2 Gastrectomia vertical (*sleeve*)

Método cirúrgico utilizado para o tratamento da obesidade mórbida, adequado a todas as categorias de obesidade alto eficiente em pacientes com IMC maior que 50 kg/m que consomem enormes quantidades de alimento, aconselhado quando outras técnicas como dieta, medicação exercício físico não tiveram resultados positivos na perda de peso não é sugerido quando os pacientes já sofrem com enfermidade, ligada ao refluxo gastroesofágico podendo complicar a situação do paciente acometido. ^(36,37)

Método restritivo que ocorre por vídeo-laparoscopia onde o paciente recebe anestesia geral e sofre algumas perfurações no abdome que permitirá o acesso dos instrumentos e uma micro câmera que vai fazer parte do processo cirúrgico , com a utilização de grampeador cirúrgico o estômago é recortado e retirado a parte da curvatura maior o (fundo gástrico e corpo)cerca de 80%, formando em um tubo fino e estreito o estômago levando a menor capacidade alimentar do paciente e saciedade precoce, ainda permite a aceleração do trânsito alimentar que acontece devido à alta pressão o alimento sai mais rápido pelo intestino levando a perda de peso. ^(37,38)

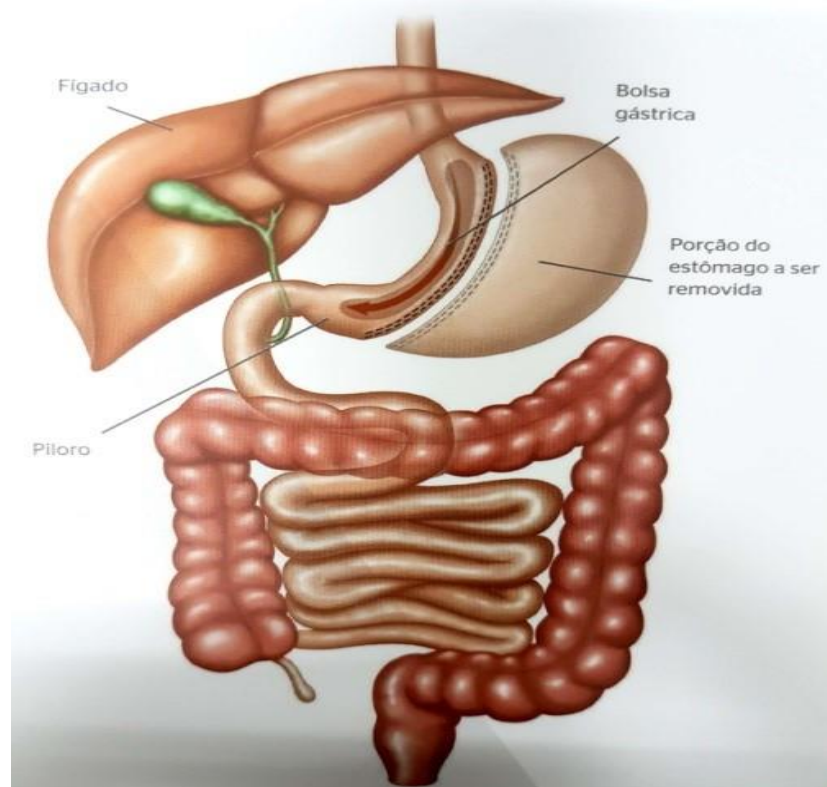
Dentre as inúmeras vantagens não ter a necessidade de suplementos por um longo período, baixo risco de complicações pós-cirúrgico intestino não sofre alterações, saciedade devido a desligamento do fundo gástrico responsável pela produção de hormônio grelina que estimula à fome, inexistência da síndrome de “Dumping” melhora das comorbidades ligadas a obesidade. ⁽³⁹⁾

Desvantagens o refluxo de ácido do estômago para o esôfago método irreversível, reganho de peso, pouca perda de peso , ter que complementar a cirurgia com a técnica (Bypass Gástrico ou Duodenal Switch) por conta de não perder peso necessário ou devido aparecimento de refluxo. ^(39,40)

Após o procedimento a dieta nos primeiros dias são divididas em etapas, na primeira os pacientes vão ter uma dieta líquida clara hipocalórica com função de hidratação e adequação do trato digestivo com durabilidade de dois dias composta

por água, gelatina, chás, e suplementação de proteínas,^(41,43) segunda etapa líquida completa utilização de alimentos liquidificados e coados em conjunto com suplementação de proteína, terceira etapa dieta pastosa alimentos com consistência mole como purês, quarta etapa composta de dieta branda alimentos bem cozidos para favorecer a mastigação, preparando o paciente para voltar a alimentação normal, por último a quinta etapa dieta normal a volta dos alimentos sólidos para a alimentação.⁽⁴²⁾ A figura 5 apresenta a cirurgia gastrectomia vertical.

Figura 5 - Cirurgia Gastrectomia Vertical



Fonte: Gastro vida (S/Data)

7.3 Duodenal Switch

Método menos utilizado recomendado para pacientes obesos caracterizados com IMC maior que 50 e enfermidades associadas que manifestem a necessidade da perda de peso, nesse procedimento ocorre a junção entre gastrectomia vertical e desvio intestinal, que leva menor absorção dos nutrientes e restritiva com a remoção de parte do estômago levando ao benefício do emagrecimento.^(43,44)

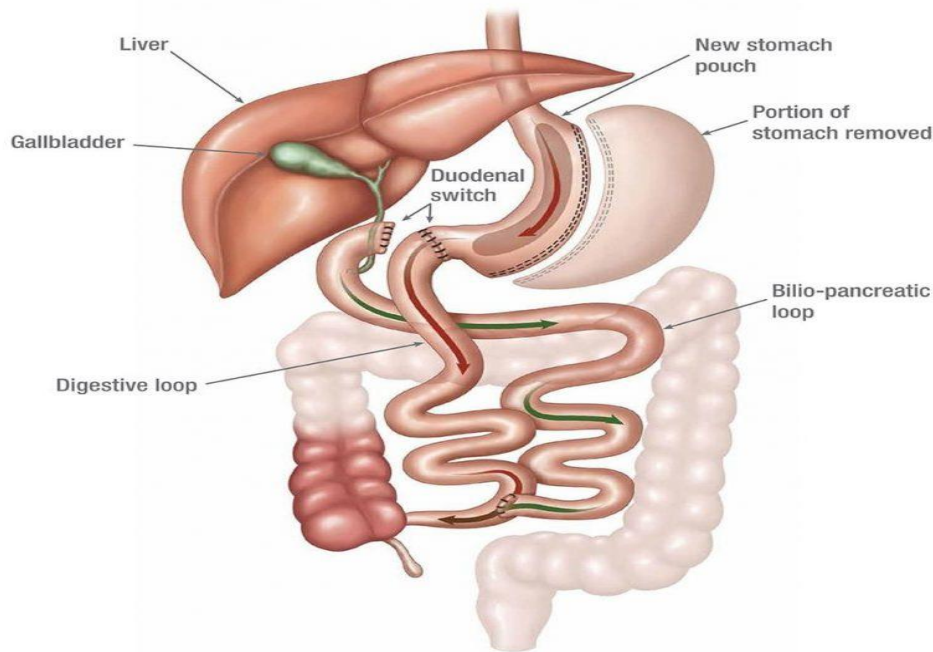
Tipo de cirurgia com técnica mista que se passa por vídeo-laparoscopia, o paciente é anestesiado e sofre pequenos furos na região do abdome que abrem passagem para uma micro câmera e utensílios utilizado durante o procedimento,⁽⁴³⁾ neste método parte da curvatura maior do estômago é cortado de maneira transversalmente deixando com novo formato de tubo, na próxima etapa o intestino sofre uma divisão em duas partes uma estará ligada o estômago e pilórico ao intestino delgado por onde o alimento vai passar ,a outra parte vai levar bile do fígado para o canal comum que se encontra na parte final do intestino delgado lá acontece a fusão do alimento com a bile antes de atingir o intestino grosso. ⁽⁴⁴⁾

Vantagens considerável perda de peso, melhora de diabetes tipo 2, restrição da fome e acréscimo do metabolismo, diminuição na quantidade alimentos consumidos, redução da absorção de gordura ⁽⁴³⁾

Desvantagens desenvolver refluxo de ácido do estômago para o esôfago, risco de desnutrição proteico, necessidade de suplementação vitamínica por toda a vida, não pode ser revertido, risco de desenvolver síndrome de “*Dumping*”, risco de úlceras no duodeno, gases com mau-cheiro ⁽⁴³⁾

Como nas demais cirurgias bariátricas a dietas do duodenal switch deverá seguir as seguintes fases, dieta líquida clara nos primeiros dias após o procedimento seguindo para dieta líquida completa hipocalórica, sem nenhum resíduo onde os alimentos deveriam ser liquidificados e coados , dieta pastosa alimentos de forma mole como papa, dieta branda alimentos macios e bem cozidos, última fase é a dieta normal volta a consumir alimentos devendo seguir a recomendação de um nutricionista para que continuem progredindo na perda de peso e mantendo uma alimentação saudável. ^(42,45) A figura 6 apresenta cirurgia duodenal switch.

Figura 6 - Cirurgia Duodenal Switch



Fonte: Centro especializado no tratamento da obesidade (S/Data)

7.4 Banda gástrica ajustável

Indicada para pacientes obesos com IMC acima de 35 e enfermidades relacionadas como diabetes e hipertensão arterial, faz com que aconteça a dificuldade de passagem dos alimentos que leva a sensação de saciedade mais rapidamente consumindo menos alimentos levando a perda de peso. ⁽⁴⁶⁾

Um procedimento de técnica restritiva assim como as demais bariátricas é feita por vídeo-laparoscópica, o paciente recebe anestesia geral são feitos furinhos na região abdominal por onde passara o material e uma micro câmera que o doutor utilizara no processo cirúrgico, ⁽⁴⁷⁾ uma cinta com material de silicone com forma semelhante a um anel é colocado parte superior do estômago formando duas divisões com dimensões diferentes e formato de ampulheta, após esse procedimento ainda é colocado um botão abaixo da pele na região do abdome por onde o médico vai injetar injeções que permitirá controlar a quantidade de passagem dos alimentos. ⁽⁴⁸⁾

Vantagens não provoca deficiência de vitaminas, rápida recuperação, controle de quantidade de alimento consumido, método reversível e minimamente invasiva ⁽⁴⁸⁾

Desvantagens retorno de peso riscos inerentes devido ao uso de corpo estranho, refluxo para o esôfago, falha na perda de peso em pacientes que consomem muita comidas doces, perda de peso insuficiente, migração da banda para interior do estômago. ^(47,48)

A dieta assim como nas demais cirurgias bariátrica deve ser prescrita por uma nutricionista sendo hipocalórica seguindo as seguintes estágios, durante a primeira semanas dieta líquida água, sopa, sucos de fruta sem conter açúcar consumido em pequenas porções ,nas seguintes semanas a dieta líquida completa passando para dietas com consistência mais mole a dieta pastosa , chegando na dieta branda com alimentos cozidos com textura macia e por fim a dieta normal onde o paciente volta a consumir alimentos sólidos, para melhores resultados os pacientes deveram aceitar seu novo estilo de vida e seguir com as recomendações do nutricionista. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾ A figura 7 apresenta cirurgia banda gástrica.

Figura 7 - Cirurgia banda gástrica



8 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS COMPULSÃO ALIMENTAR SUGERIDOS PELO DSM-IV

8.1 Transtorno alimentar restritivo/evitativo

Um distúrbio alimentar caracterizado pela falta de apetite, sentimentos de aflição com efeito do alimento, estabelecida pela falta em alcançar as necessidades nutricionais e energéticas ainda se destaca. ⁽⁴⁹⁾

- Perda de peso considerável
- Falta de resultado do ganho de peso previsto
- Em crianças ocorre crescimento menor que o esperado
- Falta de nutrientes relevante
- Necessidade de alimentação por via de sonda
- Necessidade de uso de suplementação nutricional via oral
- Intervenção do comportamento psicossocial
- Não ocorre evidências de distorção da imagem corporal
- Não se define como uma condição médica
- Quando acontece em conjunto com outro distúrbio alimentar necessita

de uma maior atenção clínica. ⁽⁴⁹⁾

8.2 Anorexia nervosa

Os aspectos se definem das seguintes maneiras.

- Redução de consumo de calorias que resulta em peso corporal consideravelmente baixo ao peso mínimo normal levando em conta a idade e gênero.
- Em caso de crianças e jovens peso menor do esperado
- Pavor de ganho excessivo de peso ou obesidade mesmo estando com baixo peso.
- Distúrbio da imagem corporal, e negação da gravidade da doença. ⁽⁴⁹⁾

Tipo restritivo: sofre de limitação de ingestão de alimentos, mas não sofre de episódios de compulsão alimentar e nem de prática purgativa, como uso laxantes e

diuréticos ou indução de vômitos, em alguns casos praticam exercícios físicos em excesso, dietas e jejum. ⁽⁴⁹⁾

Tipo compulsão alimentar purgativa: sofre de limitação de ingestão de alimentos, sofre com episódios de comer compulsivamente e pratica purgação com a intenção de compensar o ganho de peso. ⁽⁴⁹⁾

Os níveis de gravidade podem ser estabelecidos de acordo com IMC

Leve: IMC > 17 kg/m

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m

Grave: IMC 15-15,99 kg/m

Extrema: IMC < 15 kg/m

8.3 Bulimia nervosa

Sofre com episódios frequentes de compulsão alimentar sendo definidos pelos seguintes aspectos: ⁽⁴⁹⁾

- Ingestão de grandes quantidades em um curto espaço de tempo
- Sentimento de descontrole sobre a ingestão de alimentos
- Conduta compensatória para impedir o ganho do peso como indução de vômitos, uso de diuréticos e laxantes, excesso de exercício físico e jejum.
- A conduta compensatório e compulsão alimentar ocorrem uma vez na semana por três meses.
- Auto imagem distorcida e frustração com o peso e forma do corpo.

São classificados em diferentes níveis:

Leve: de 1 a 3 ocorrências de condutas compensatórias inadequadas por semanas.

Moderado: de 4 a 7 ocorrências de condutas compensatórias inadequadas por semanas.

Grave: de 8 a 13 ocorrências de condutas compensatórias inadequadas por semanas.

Extrema: de 14 ou mais ocorrências de condutas compensatórias inadequadas por semanas. ⁽⁴⁹⁾

8.4 Transtorno de compulsão alimentar

Cada episódio de compulsão alimentar se caracteriza pela seguinte forma:

- Ingestão de grandes quantidades em um curto espaço de tempo
- Sentimento de descontrole sobre a ingestão de alimentos
- Os episódios estão relacionados a três ou mais aspectos: ⁽⁴⁹⁾
- Comer de forma acelerada
- Comer até surgir sentimento de incomodo e cheio
- Comer grandes quantidades mesmo que não esteja com sentimento de fome
- Comer escondido solitário devido a desconforto da quantidade que está consumindo.
- Sentimento de culpa e depressão com auto imagem. ⁽⁴⁹⁾
- Os episódios ocorrem cerca de uma vez por semana durante três meses
- Não está relacionada ao comportamento compensatório como na bulimia nervosa e anorexia nervosa.

São classificados em diferentes níveis:

Leve: 1 a 3 ocorrências de compulsão alimentar por semanas.

Moderada: 4 a 7 ocorrências de compulsão alimentar por semanas.

Grave: 8 a 13 ocorrências de compulsão alimentar por semanas.

Extrema: 14 ou mais ocorrências de compulsão alimentar por semanas. ⁽⁴⁹⁾

8.5 Síndrome de comer noturno

A síndrome ainda não possui critérios diagnósticos bem estabelecido o que já se sabe é que está relacionado diretamente com estresse e que se caracteriza por eventos onde a pessoa se desperta no período noturno com sentimento descontrolado de consumir grandes quantidades de alimentos, não apresenta ligação com a alteração no ciclo do sono ou por decorrência de hábitos sociais, ocasiona danos prejudiciais ao organismo e a vida da pessoa. ⁽⁴⁹⁾

8.6 Conceito de anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que ocorre normalmente na fase da adolescência com mais frequência no sexo feminino com alta taxa de mortalidade, com a capacidade de ocasionar danos psicológicos e biológicos. ⁽⁵⁰⁻⁵⁴⁾ Sendo definida pelo cuidado excessivo com o peso do corpo, resultando em sérios problemas com aceitação da própria imagem onde mesmo estando magro se vê acima do peso, levando a práticas extremas de exercícios físicos uso de medicamentos como laxantes e diuréticos, estimulação de episódios para vomitar, restrição alimentar levando a pessoa com (IMC) consideravelmente abaixo no limite da magreza. ⁽⁵³⁻⁵⁶⁾

As pessoas que sofrem com a anorexia nervosa costumam fingir que comem suas refeições quando na verdade elas as escondem ainda se recusam a participar das refeições em família, e ficam atentas e preocupadas com a quantidade de calorias que seus parentes consomem a cada refeição já que se tornam obcecadas em saber o quanto aquele alimento pode fazer com que engorde. ^(52,56)

Sua aparência e organismo sofrem diferentes danos da magreza extrema, a sua pele amarela e seca que leva a aparentar a ter mais idade do que realmente tem, seus cabelos são finos ocorre a ausência de menstruação, desnutrição, baixa imunidade, falha de memória, infecções, em caso de não serem tratadas levam o falecimento. ⁽⁵⁶⁾

Os fatores de risco envolvem predisposição genética, psicológicas, socioculturais, biológicas, ambientais e socioeconômico médio ou alto, decorrente da baixa autoestima que vem da pressão da sociedade onde o bonito é ter o corpo perfeito e magro onde a estética importa mais que o interior ocasionando danos às mentes das jovens. ^(51,57)

Tratamento deve ser feito por uma equipe multidisciplinar com prioridade em ganho de peso de forma de reintrodução dos alimentos aos poucos, o ideal é que o paciente seja internado para que as quantidades de calorias e nutrientes possam ser consumidas corretamente com acompanhamento de uma nutricionista, não se tem um remédio para o tratamento os medicamentos recomendados são antidepressivos que

melhoram os sentimentos de ansiedade e depressão acompanhados de profissionais psicoterapêutica e psicólogo, em muitos dos casos os pacientes resistem ao tratamento já que tratar sua doença implica em enfrentar seu maior medo que é o ganho de peso pode utilizar uma sonda nasogastrica. ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ Na tabela 1 apresenta-se as Complicações relacionadas a Anorexia Nervosa.

Tabela 1 - Complicações relacionadas a Anorexia Nervosa

Complicações relacionadas a Anorexia Nervosa	
Pele e anexos	Pele com aspecto amarelado por hiper胡萝卜素emia, pele seca, lanugo, cabelos finos e quebradiços, perda de cabelo
Sistema gastrointestinal	Retardo no esvaziamento gástrico, obstipação, pancreatite, alterações de enzimas hepáticas, diminuição de peristaltismo intestinal.
Sistema cardiovascular	Bradycardia, diminuição da pressão arterial, arritmias, insuficiência cardíaca, hipotensão postural, alterações, de eletrocardiograma, miocardiopatia.
Sistema renal	Edema e cálculo renal
Sistema hematológico	Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
Sistema reprodutor	Infertilidade, recém-nascido com baixo peso
Sistema metabólico	Hipocalcemia , hiponatremia, hipoglicemia, desidratação
Sistema endocrinológico	Amenorreia, diminuição de gonadotrofina, hormônio luteinizante e estrogênio, aumento de hormônio do crescimento e cortisol, diminuição de T ₃ reverso, hipercolesterolemia.
Outras alterações	Hipotermia, intolerância ao frio, convulsões, aumento do colesterol sérico, osteopenia/ osteoporose.

Fonte: Philippi ST, Alvarenga M.(2004)

8.7 Conceito de Bulimia Nervosa

A primeira apresentação da bulimia nervosa foi feita em 1979 por Gerald Russel. ⁽⁵⁴⁾ descrita como um distúrbio alimentar que se caracteriza por episódios de consumo excessivo de alimentos, escondido por vergonha em um curto tempo gerando medo e sensação de culpa de ganhar peso leva a posteriormente comportamentos compensatórios como indução de vômito, uso de laxantes e práticas excessivas de exercícios físicos com meta em eliminar as calorias ingeridas, levando a serias complicações de saúde. ^(56,60)

Os fatores de risco ligados a bulimia são genéticos, psicológicos, sociais, culturais, familiares, traumáticos. Assim como a anorexia nervosa afeta mais o sexo feminino com mais destaque em certas áreas profissionais onde ser magro é um dos critérios da área como atletas, bailarinas, modelos, atores, blogueiras, pessoas relacionadas à mídia onde sua imagem é seu objeto de trabalho mais comum afetar a classe média alta. Está associada com a anorexia em muitos dos casos um paciente que sofre com bulimia já foi diagnosticado com anorexia anteriormente. ⁽⁵⁷⁻⁶¹⁾

Os pacientes que sofrem com a bulimia apresenta diferentes fases interligadas com início na restrição de caloria períodos longos de jejuns que levam a fome exagerada , causando episódios de compulsão alimentar onde sofre com sentimento de perda de controle do que consome normalmente são alimentos de alta proporção de gordura carboidratos onde em alguns casos nem sofre o processo de mastigação, a pessoa nem chega a saborear o que foi consumindo gerando então sentimento de culpa vergonha e arrependimento que faz com que essa pessoa tenha comportamento compensatório no intuito de eliminar as calorias consumidas. ^(58,62)

O tratamento direcionado a pacientes com bulimia deve ser direcionado por uma equipe multidisciplinar formada por médicos nutricionista, psiquiatra e psicólogos o uso de medicamentos antidepressivos são utilizados em alguns casos quando além do transtorno alimentar apresenta sinais de ansiedade e depressão. ^(59,62) Um dos métodos utilizados para tratar tanto a bulimia como a anorexia é a terapia cognitiva comportamental aplicada por um psicoterapêutico esta técnica tem como seu objetivo identificar a maneira como os seres humanos interpreta seus hábitos, crenças , medos e pensamentos que estão relacionado diretamente com a origem do seu transtorno , após a identificação começa o processo de tratamento

onde os pacientes vai aprender como modificar seus sentimentos e comportamentos relacionado a cada situação para uma forma positiva , a diferentes métodos que podem ser aplicado para obter resultados positivo no tratamento que vai ser devido para cada indivíduo. ^(61,62) Na tabela 2 apresenta-se as Complicações relacionadas a Bulimia Nervosa.

Tabela 2 - Complicações relacionadas a Bulimia Nervosa

Complicações relacionadas a Bulimia Nervosa	
Pele e anexos	Calosidade no dorso da mão, pele lesão da pele com os dentes ao provocar vômito (sinal de russel); erosão do esmalte dentário ;caries.
Sistemas gastrointestinal	Dor abdominal, gastrite, esofagite, erosões gastroesofágicas, sangramentos, obstipação, prolapso retal.
Sistema metabólico	Desidratação, hipocalcemia.
Sistema produtivo	Irregularidade menstrual.
Outras alterações	Hipertrofia de glândulas parótidas decorrente dos vômito , podendo ter aumento de fração de amilase produzida no local.

Fonte: Philippi ST, Alvarenga M.(2004)

8.8 Compulsão alimentar periódica

Se define por episódios constantes onde ocorre o consumo de grandes quantidades de alimentos em pequenos espaços de tempo mesmo sem estar com sentimento de fome, após passar pela crise de compulsão alimentar vem o dolorido sentimento de culpa, descontrole, vergonha e desespero, que faz com que esses pacientes passem a comer escondido no quarto ou até mesmo no banheiro. ⁽⁶³⁾ Mas ao inverso da bulimia nervosa os pacientes que sofrem com compulsão alimentar periódica não praticam procedimentos compensatórios ou purgativos como praticar atividade física em excesso, não utilizar medicamentos para eliminação de calorias e não induz o próprio vômito. ^(63,64)

Os fatores de risco são de origem multifatorial podendo ser devido a predisposição genética, biológicas, socioculturais, psicológicas, ambientais e socioeconômico, baixa autoestima, pessoas com sobrepeso, assim como dois outros transtornos alimentares afeta mais o sexo feminino na fase da adolescência e início da vida adulta. ⁽⁶⁶⁾

O tratamento não deve ter como objetivo a perda de peso e sim trabalhar métodos para banir as crises de compulsão alimentar, fazendo com que seu comportamento alimentar seja alterado de forma onde suas refeições fiquem balanceadas, o trabalho deve ser feito com equipes multidisciplinares uma tática que tem resultados positivos é a terapia cognitiva comportamental que vai trabalhar fontes do distúrbio podem ser utilizados métodos como questionamento e planejamento de socrático e diário alimentar, com o tratamento encaminhado o paciente vai ter uma alimentação estável e principalmente vai poder entender que seus sentimentos negativos não podem ser descontados nas suas refeições. ^(65,66)

8.9 Síndrome do comer noturno, pegar/beliscar

A primeira referência foi apresentada em 1955 por *Stunkard* onde trabalhou em um estudo com pacientes acima do peso durante esse aprendizado descobriu que essas pessoas sofriam com desequilíbrio de fome durante o período do dia e desordem alimentar durante o período noturno. ^(67,69) Os mais afetadas são pessoas obesas do

sexo feminino, interligados há fatores ambientais, fisiológicos e metabólicos que se desencadeiam na fase infantil ou adolescência. (68,69)

Este modelo de distúrbio alimentar se define por episódios frequentes onde acontece a perda de sono durante a madrugada e vão consumir lanches noturnos hipercalóricos após as 19h ligadas a perda de sono e mudança de humor, desencadeadas por estresse ou devido a alterações dos hormônios produzidos no cérebro a leptina que tem o objetivo de controlar o apetite e diminuem a ingestão de alimentos e a melatonina que funciona como regulador do ciclo circadiano. (70)

O tratamento entra em ação com diferentes profissionais os médicos poderão receitar medicamentos antidepressivos ou obter por suplementação de melatonina, nutricionista vai verificar a alimentação do paciente podendo aplicar o método de diário alimentar para poder identificar os hábitos alimentares, e diário do sono para acompanhar cada episódio de despertar durante a madrugada, educador físico para auxiliar em práticas de exercícios físicos que ajudara a melhorar o sono e apetite , psicólogo e terapeutas que vão permitir um apoio emocional especial para os pacientes. (67-70)

9 IDENTIFICAR A INCIDÊNCIA DO TRANSTORNO ALIMENTAR EM PACIENTES PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Enquanto os tratamentos tradicionais envolvendo a modificação do consumo alimentar, prática regular de exercícios físicos e uso de medicamentos para obesidade severa permite resultados modesto e a curto prazo a cirurgia bariátrica tem apresentado solução a longo prazo da perda de peso e melhor no progresso das comorbidades clínicas⁽¹²⁻¹⁴⁾ Porém mesmo perante a estes benefícios apresentam consequências diversas prejudiciais à saúde do pacientes no pós-operatório como problemas ligados ao funcionamento físico, mental e social relacionados com a imagem corporal e a aspectos cognitivos, podendo apresentar transtornos de ansiedade, humor e de compulsões alimentares ,anorexia e bulimia nervosa. (14-16)

Importante ressaltar que grande parte de pacientes com obesidade grave já apresentam algum tipo de transtorno mental no pré-operatório que probabiliza maior

risco de desenvolvimento transtornos psíquicos como transtornos alimentares, que dificultam o pós-operatório bem sucedido e não permitindo bons resultados, nas mudanças dos hábitos alimentares, e de sua imagem corporal impactando negativamente a aceitação da nova vida e a perda de peso. Para evitar ou prever essas ocorrências é importante que esses pacientes sejam acompanhados por equipes de multiprofissionais antes e após a bariátrica para melhor recuperação e resultados positivos. (16,17)

10 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 3- Seleção dos Artigos sobre a relação entre transtornos alimentares e a cirurgia bariátrica.

Título Periódico	Autoria	Objetivos	Método	Conclusão
Desordens no Comportamento Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relação e Implicações	Silva MO, Araújo MS. ⁽¹¹⁾	Descrever desordens alimentares de maior prevalência entre a população obesa	revisão na literatura, envolvendo artigos relacionados ao tema proposto indexados nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, PubMed, Redalyc; e nas bibliotecas virtuais de conteúdo científico Capes e Scielo.	Candidatos à realização da cirurgia bariátrica, assim como, indivíduos no período pós-operatório devem ser rastreados quanto à presença de desordens na conduta alimentar para que haja intervenção no momento oportuno; minimizando assim, o risco de complicações e potencializando os benefícios ocasionados pela intervenção cirúrgica.
Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa.	Novelle JM, Alvarenga MS. ⁽¹²⁾	Realizar revisão sobre transtornos alimentares e comportamentos alimentares transtornados relacionados à cirurgia bariátrica.	Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, Lilacs, Bireme, portal SciELO	Apesar da variabilidade entre métodos e achados, comportamentos alimentares disfuncionais são muito frequentes em candidatos à cirurgia bariátrica e podem ainda surgir ou piorar após a intervenção cirúrgica. Profissionais de saúde devem considerar de maneira mais cuidadosa tais problemas neste público, dadas às consequências para o resultado cirúrgico e qualidade de vida.
Transtornos alimentares e cirurgia bariátrica no Brasil.	Pereira MJ, Barcelos LR, Manochio MG. ⁽¹³⁾	Identificar transtornos alimentares no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no Brasil	Esta é uma revisão integrativa da literatura nacional, realizada nas bases de dados BVS, SCIELO, Portal Periódicos Capes e PUBMED	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.
O transtorno da compulsão	Mauro MF,	O objetivo desta	Serão apresentados os seguintes casos (1): uma	O TCA pós-cirúrgico é um diagnóstico prevalente nessa

<p>alimentar (TCA) tem impacto no ganho de peso após a cirurgia bariátrica.</p>	<p>Appolinario JC, Papellbaum M, Brasil MA, Carneiro JR ⁽¹⁴⁾</p>	<p>apresentação de casos clínicos é discutir o possível impacto dos episódios de compulsão alimentar em pacientes submetidos à CB</p>	<p>mulher de 41 anos, avaliada após 8 anos da cirurgia, apresentando um ganho de 22,9 kg e psicopatologia alimentar compatível com TCA; (2): um homem de 48 anos, avaliado no pós-operatório de 7 anos, com um ganho de 30 kg e exibindo queixas de beliscamento alimentar, porém sem sintomas compatíveis com TCA; (3): uma mulher de 44 anos, avaliada no pós-operatório de 3 anos, mantendo peso estável sem ganho e que exibiu à avaliação TCA. Os autores discutem, a partir destes três casos, as evidências relacionadas ao impacto da compulsão alimentar no resultado da CB.</p>	<p>população. A avaliação desse e de outros fenômenos do comportamento alimentar e o impacto no paciente submetido à CB auxiliam o clínico em sua prática cotidiana.</p>
<p>Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica</p>	<p>Venzon CN, Alchieri JA. ⁽¹⁵⁾</p>	<p>Identificar transtorno de Compulsão Alimentar Periódica associada ao ganho de peso pós-cirúrgico.</p>	<p>Este estudo foi feito no Hospital Universitário Onofre Lopes, situado na cidade de Natal-RN. A população envolvida foi de pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica do tipo Bypass Gástrico há pelo menos dois anos, no Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Relacionadas à Obesidade (SCODE) do referido Hospital.</p>	<p>Pode-se concluir que há alta incidência de Compulsão Alimentar periódica entre os obesos pós-cirúrgicos da amostra. Sobre os indicadores de gravidade de Compulsão Alimentar Periódica, pode-se dizer que estão relacionados ao aumento de distorções perceptivas e desorganização do pensamento, associada a maior dificuldade em lidar com as demandas instintivas com consequente impulsividade e aumento de imaturidade.</p>
<p>Cirurgia bariátrica e transtorno de compulsão alimentar: os cirurgiões</p>	<p>Tess BH, Ferreira LM, Pajacki D, Wang YP ⁽¹⁶⁾</p>	<p>O objetivo desta revisão foi sintetizar o conhecimento atual sobre</p>	<p>A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science de janeiro de 1994 a março de 2017. Os dados foram</p>	<p>A heterogeneidade dos estudos foi responsável pela variabilidade dos resultados nos diferentes centros e falhas metodológicas, como tamanho insuficiente da</p>

<p>devem se preocupar com isso? Uma revisão da literatura sobre a prevalência e os métodos de diagnóstico</p>		<p>a prevalência do transtorno de compulsão alimentar (TCA) em pacientes pré-cirúrgicos e fazer uma avaliação crítica dos instrumentos de avaliação para TCA.</p>	<p>extraídos, tabulados e resumidos usando uma abordagem narrativa.</p>	<p>amostra e viés de seleção, prejudicaram a estimativa da magnitude do TCA em cenários cirúrgicos. Para fins de comparabilidade e generalização dos achados em estudos futuros, os pesquisadores devem recrutar amostras representativas de candidatos à cirurgia bariátrica e fazer a aplicação sistemática de instrumentos padronizados para a avaliação do TCA.</p>
<p>Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.</p>	<p>Birck CC, Souza FP. ⁽¹⁷⁾</p>	<p>Este trabalho teve como objetivo geral verificar a prevalência de compulsão alimentar em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica</p>	<p>Trata-se de um estudo quantitativo, transversal. Para este estudo utilizou-se uma entrevista abrangendo dados sociodemográficos, além da Escala de Compulsão Alimentar (ECAP) e Escala de Ansiedade Hamilton, ambas de livre acesso</p>	<p>Conforme aponta a literatura, avaliar a prevalência de compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, bem como relações com outros aspectos emocionais, permite intervenções precoces e de prevenção específicas, gerando maior eficácia na perda de peso. Diante dos resultados expostos ficaram evidentes as causas multifatoriais da obesidade, além da importância de um acompanhamento multidisciplinar durante o período pré-operatório.</p>
<p>Práticas alimentares de pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica: revisão integrativa.</p>	<p>Soares JM, Micheletti J, Oliveira ML, Silva AC, Cavagnan MA. ⁽¹⁸⁾</p>	<p>Verificar na literatura quais são os hábitos alimentares comuns no pós-operatório de pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica.</p>	<p>Por meio da questão norteadora “Qual a abordagem da literatura quanto às práticas alimentares adotadas por pacientes após cirurgia bariátrica?”, realizou-se uma síntese dos artigos relacionados ao tema, disponibilizados nas bases de dados PubMed, Science Direct, LILACS, Portal de Periódicos Capes e SciELO</p>	<p>Faz-se necessário aconselhamento psicológico e nutricional para que a perda de peso e o pós-operatório ocorram de forma saudável e eficaz. Evidenciou-se a importância de novos estudos sobre as práticas alimentares adotadas por pacientes após a cirurgia, a fim de preservar a saúde dos mesmos.</p>

Mediante as observações realizadas nos oito estudos selecionados, pode-se identificar que a alta prevalência de transtornos alimentares em obesos mórbidos, tanto antes como depois de serem submetidos a cirurgia bariátrica, com maior índice em transtorno de compulsão alimentar, ligados a fatores psicológicos, emocionais, ansiedade e desgosto com sua auto imagem levam a consequências negativas atribuídas a qualidade de vida e perda de peso no pós-cirúrgico.

Com menor frequência mais ligadas com o a cirurgia bariátrica também o comportamento de beliscar que se apresenta em alguns dos estudos a síndrome de comer noturno, bulimia nervosa e anorexia que acabam aumentando o risco de complicações e prejudicando a nova etapa dos pacientes.

Além dos transtornos alimentares os artigos apresentam mais impactos negativos ligadas as diferentes técnicas de cirúrgica utilizada os que aparecem com maior frequência são: alopecia, náuseas, síndrome de dumping, irregularidade no funcionamento intestinal, obstrução gástrica, ruptura da linha de grampeamento, intolerância alimentar, deficiência de nutrientes específicos como proteínas, cálcio, ácido fólico, ferro e vitamina B12, refluxo de ácido do estômago para o esôfago que comprometem a saúde dos pacientes no pós-operatório.

A cirurgia bariátrica acaba sendo sua última chance de uma nova vida a saída da prisão entre seu peso e as alternativas anteriores que não tiveram sucesso como redução alimentar, pratica de exercícios físicos e até mesmo uso de medicamentos impondo uma maior pressão em seu emocional onde precisa ocorrer tudo perfeito, em seu último recurso para uma nova vida, deixando de lado os riscos e consequências como os transtornos alimentares .

Para evitar que ocorra consequências negativas é necessário cuidar dos pacientes submetidos as cirurgias bariátricas, devemos encaminha-los a um acompanhamento com medico nutricionista e psicólogo no pré-operatório e pós-operatório, para que possa identificar à presença de desordens no comportamento alimentar e então orientar soluções e minimizar os riscos de complicações.

Importante destacar que o tratamento é contínuo, já que a obesidade mórbida é uma enfermidade crônica, que após a bariátrica o paciente deverá passar por mudança de hábitos alimentares e comportamentais, aderir uma vida mais ativa para resultados positivos a longo prazo.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os dados das literaturas analisadas percebe-se que os pacientes obesos já sofre com algum tipo de transtorno psiquiátrico antes da operação e quando não tratados antes afeta diretamente no pós- bariátrica com tendência a piorar ou até mesmo desencadear outros tipos de transtornos como de ansiedade, humor ou compulsões a álcool , drogas e transtornos alimentares como bulimia nervosa e anorexia nervosa, síndrome do comer noturno e com maior frequência compulsão alimentar que acaba impossibilitando os bons resultados .

Por tanto é importante que pacientes recomendados para bariátrica devem ter noção das consequências negativas que podem desenvolver e como se encontra no seu estado atual com relação a algum tipo de distúrbio alimentar, evitando que os transtornos piorem após a bariátrica, devem saber que não é uma solução definitiva tendo em mente que precisara de tratamento e manutenção com diferentes profissionais para manter seus resultados positivos tanto antes como após a cirurgia.

Com esta revisão narrativa conclui que ainda a carência de estudos sobre o assunto e que mesmo sendo um ponto importante a percorrer sofre com faltas de informação, as poucas que existe afirma que transtornos alimentares tem ligação no pré e pós bariátrica e que dificultam resultados positivos da cirurgia.

REFERÊNCIAS

- (1) Pinheiro JA, Castro IR, Ribeiro IB, Ferreira MV, Fireman PA, Madeiro MA, et al. Repercussões da cirurgia bariátrica sobre parâmetros metabólicos. Rev. Intern. Post. [Internet].2021 [acesso em : 27 jun 2022] ; 34 (04): 2-3.Disponível em : <https://www.scielo.br/j/abcd/a/rzp4cfTmHjGsqt5yyRGVJQK/?format=pdf&lang=pt>
- (2) Associação Brasileira para estudo da obesidade e síndrome metabólica. Mapa da obesidade. São Paulo: Disponível em <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
- (3) Biagio LD, Moreira P, Amaral CK, Comportamento alimentar em obesos e sua correlação com tratamento nutricional. Rev. Intern. Post. [Internet].2020 [acesso em : 27 jun 2022] ;69 (3): 172-75. Disponível em <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/vjNsGCwNxBqBKJvJSVkgGwFm/?format=pdf&lang=pt>
- (4) Melo SP, Cesse EA, Lira PI, Ferreira LC, Rissin A, Filho MB. Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro. Rev. Intern. Post. [Internet].2020 [acesso em : 27 jun 2022] ; 23 (18): 5-12. Disponível em <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200036/pt>:
- (5) Araújo MA, Gonzalez AD, Silva LC, Garanhani ML. Obesidade possibilidades de existir e práticas de cuidado. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2019 [acesso em : 27 jun 2022] ; 28 (2): 250-54. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2019.v28n2/249-260/pt>
- (6) Cremasco MV, Ribeiro CC. Quando a cirurgia falha implicações da melancolia na cirurgia da obesidade. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 27 jun 2022] ; 37(2): 259-62. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rQGYW3ph3Y4WRkdbzqKKb4v/?format=pdf&lang=pt>
- (7) Ramos AC, Bastos EL, Ramos MG, Bertin NT, Galvão TD, Lucena RF, Campos JM. Aspectos técnicos da gastrectomia Vertical laparoscópica.Rev. Intern. Post.

[Internet]. 2015 [acesso em : 28 jun 2022] ; 65(68): 65-6. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abcd/a/WWtMswvPs4T7Pr87WPH3Ym/?format=pdf&lang=pt>

(8) Nassif PA, Malafia O, Filho JM, Czezko NG, Garcia RF, Ariede BL. Gastrectomia vertical e by-pass gástrico em y de roux induzem doenças do refluxo gastresofágico no pós-operatório. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 28 jun 2022] ; 63(68): 64-67. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abcd/a/zf5KFWM9CnPd6N3B8hqDMnp/?format=pdf&lang=pt>

(9) Nelson L, Moon RC, Teixeira AF, Galvão m, Ramos A, Jawad M. Segurança e eficácia de anastomose única no switch duodenal resultado preliminar de uma única instituição. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2016 [acesso em : 28 jun 2022] ; 29: 81-4. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abcd/a/k6DxVCHMhs6svtCW66G3Hyv/?format=pdf&lang=pt>

(10) Lazaridis IL, Kraljevic M, Susstrunk J, Kostler T, Delko T. Revisional Adjustable Gastric Band in Roux-en-Y Gastric Bypass—Is It Worth It. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2021 [acesso em : 28 jun 2022] ; 25(12) :3056–62. Disponível em <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11605-021-05045-7.pdf>

(11) Silva MO, Araújo MS. Desordens no Comportamento Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relação e Implicações. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2012 [acesso em : 28 jun 2022] ; 23 (2) :138-40. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a04_desordens_comportamento_alimentar.pdf

(12) Novelle JM, Alvarenga MS. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2016 [acesso em : 28 jun 2022] ; 65 (3) :263-64. Disponível em <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/CwhqrDxQ45fCBcXNP7gmT7P/?format=pdf&lang=pt>

(13) Pereira MJ, Barcelos LR, Manochio MG. TRANSTORNOS ALIMENTARES E CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2021 [acesso em :

29 jun 2022] ; 15(97) :1003 -10. Disponível em <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1358>

(14) Mauro MF, Appolinario JC, Papelbaum M, Brasil MA, Carneiro JR. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no ganho de peso após a cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 28 jun 2022] ; 66(4) :222-24. Disponível em <https://www.scielo.br/i/jbpsiq/a/GzyxJx7GtB3fbszbfD5TcWk/?format=pdf&lang=pt>

(15) Venzon CN ,Alchieri JA. Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 29 jun 2022] ; 45(02) :239 -249. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/14806/11713>

(16) Tess BH, Ferreira LM, Pajacki D, Wang YP. Cirurgia bariátrica e transtorno de compulsão alimentar: os cirurgiões devem se preocupar com isso? Uma revisão da literatura sobre a prevalência e os métodos de diagnóstico. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2019 [acesso em : 29 jun 2022] ; 56(01) : 50-60. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1001323>

(17) Birck CC, Souza FP. Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2020 [acesso em : 29 jun 2022] ; 29(41) : 30-41. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v53n1/v53n1a04.pdf>

(18) Soares JM, Micheletti J, Oliveira ML, Silva AC, Cavagnan MA. Práticas alimentares de pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica: revisão integrativa. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 30 jun 2022] ; 32(3) : 282-87. Disponível em <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/11/15-AR-Pr%C3%A1ticas-alimentares.pdf>

- (19) Alencar LK, Wang H, Oliveira GM, Sun X, Sudo GZ, Groban L. Relações entre a Redução de Estrogênio, Obesidade e Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada .Rev. Intern. Post. [Internet]. 2021 [acesso em : 30 jun 2022] ; 117(6) : 1192-196. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abc/a/yMTqSCkTxhnkK3nZ43wCWKK/?format=pdf&lang=pt>
- (20) Pinho CP, Diniz AS, Arruda IK, Filho MB, Coelho PC, Sequeira LA, , et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2013 [acesso em : 29 jun 2022] ; 24(2) :314-17. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/LxxFR5PLxCNZwcCJD3jG6GG/?format=pdf&lang=pt>
- (21) Lima MR, Gomes RD, Nogueira MD, Silva CA. Enfrentamento e estigmatização do obeso mórbido / Coping and stigmatization of the morbidly obese. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2022 [acesso em : 24 jun 2022] ; 35(1) :1-9. Disponível em <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/12037/6904>
- (22) Santos NC. Anatomia e Fisiologia Humana. 2. ed. São Paulo : Editora Erica ; 2014.
- (23) Graaff KM. Anatomia Humana. 6 .ed. São Paulo: Editora Manole ;2013
- (24) Souza RR. Anatomia Humana em 20 lições. 2. ed. São Paulo : Editora Manole; 2017
- (25) Martini FH, Timmons MJ, Tallitsch RB. Anatomia Humana. 6 .ed. Porto Alegre: Editora Artmed ;2009
- (26) Fox SL. Fisiologia Humana.7 ed São Paulo : Editora Manole; 2007

- (27) Junior CA, Abramov DM. Fisiologia Humana. 2. ed. Rio De Janeiro. Editora Guanabara Koogan; 2020.
- (28) Maurer MH. Fisiologia Humana Ilustrada. 2. ed. São Paulo : Editora Manole; 2014
- (29) Sherwood L. Fisiologia Humana das células aos sistemas. 7 .ed. São Paulo : Editora Cengage Learning; 2011
- (30) Ramos AC, Silva AC, Ramos MG, Canseco EG, Neto MP. bypass gástrico simplificado: 13 anos de experiência e 12.000 pacientes operados Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 01 jul 2022]; 2(8) :3-8. Disponível <https://www.scielo.br/j/abcd/a/Dbyvm6pGBjThYj3RSXXJ47G/?format=pdf&lang=pt>
- (31) Gebara TS, Polli GM, Wanderbroocke AC. Alimentação e Cirurgia Bariátrica: Representações Sociais de Pessoas Obesas. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2021 [acesso em : 02 jul 2022]; 41 :2-11. Disponível <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6XkTBNs9MYqSPkkGnh3VJ5G/?format=pdf&lang=pt>
- (32) Ferra TM, Pinto L, Coelho A, Braga A, Nunes I, Cardoso G, et al. Gravidez após cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 01 jul 2022]; 10(02) :106-08. Disponível <https://scielo.pt/pdf/aogp/v14n2/v14n2a10.pdf>
- (33) Silva RF, Kelly MO. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux .Rev. Intern. Post. [Internet]. 2013 [acesso em : 03 jul 2022]; 40(1) :341-48. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/reganho_peso_apos_segundo_ano.pdf

- (34) Cambi MP, Baretta GA. Guia alimentar bariátrico: modelo do parto para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2018 [acesso em : 02 jul 2022]; 31(02) : 1/4 - 3/4. Disponível <https://www.scielo.br/j/abcd/a/x9sjZ9JR9drPWZMQ5X8Mwgc/?format=pdf&lang=pt>
- (35) Ferra TM, Pinto L, Coelho A, Braga A, Nunes I, Cardoso G, et al. Gravidez após cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 01 jul 2022]; 10(02) :106-08. Disponível <https://scielo.pt/pdf/aogp/v14n2/v14n2a10.pdf>
- (36) Zinlberstein B, Santo MA, Carvalho MH. Análise crítica das técnicas de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2019 [acesso em : 01 jul 2022]; 32(03) :1/ 4- 3/4. Disponível <https://www.scielo.br/j/abcd/a/jgch6bdcNBMxDxRt9TbTwMF/?format=pdf&lang=pt>
- (37) Fuchs T, Loureiro M, Both G, Skraba HH, Casagrande TA. O papel da gastrectomia vertical no controle do diabetes melito tipo 2 .Rev. Intern. Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 02 jul 2022]; 30(4) : 283-85. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abcd/a/kBwCPtRJq8RYvJ6nCBYWwri/?format=pdf&lang=pt>
- (38) Oliveira CM, Nassif AT, Filho AJ, Nassif LS, Wrubleski TA, Cavassola AP. Factibilidade da gastrectomia vertical aberta no Sistema Único de Saúde. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2019 [acesso em : 02 jul 2022]; 46(6) :1-5. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/hTrxDRdy6cTcRGKnjXm6PfQ/?format=pdf&lang=pt>
- (39) Andrade CG, Lobo A. Perda de peso no primeiro mês pós-gastroplastia seguindo evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 02 jul 2022]; 27 :13-16. Disponível <https://www.scielo.br/j/abcd/a/gFxzyRZpcxQCy8fGQphFJ9D/?lang=pt&format=pdf>

- (40) Lira NS, Macedo CE, Belo GM, Cruz FS, Siqueira LT, Ferraz AA. Análise do perfil lipídico de pacientes submetidos à gastrectomia vertical e à derivação gástrica em Y de Roux. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2018 [acesso em : 01 jul 2022] ; 45(6) :1-7. Disponível <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/HqWxK43rKdZKSHDpkKLh5dD/?format=pdf&lang=pt>
- (41) Kelles SM, Diniz AF, Machado CJ, Barreto SM. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática Rev. Intern. Post. [Internet]. 2015 [acesso em : 01 jul 2022] ; 31(8) : 1587-601. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/jXHgyjs9mHTfxtt6PmHPcM/?format=pdf&lang=pt>
- (42) Leiro LS, Araújo MS. Adequação de micronutrientes da dieta de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 06 jul 2022] ; 24(4) :353-60. Disponível https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/ccs/adequacao_micronutrientes_dieta_pacientes_bariatrica.pdf
- (43) Skogar M, Holmbäck U, Hedberg J, Risérus U, Sundbom M. Preserved Fat-Free Mass after Gastric Bypass and Duodenal Switch. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2016 [acesso em : 06 jul 2022] ; 27(17) :1736-40. Disponível https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5489570/pdf/11695_2016_Article_2476.pdf
- (44) Bettini S, Belligoli A, Fabris R, Busetto L. Diet approach before and after bariatric surgery. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2020 [acesso em : 08 jul 2022] ; 21(29) :398-303. Disponível https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7455579/pdf/11154_2020_Article_9571.pdf
- (45) Stol A, Dadan DD, Gugelmin G, Ropelato RV. Seguimento tardio em pacientes com banda gástrica .Rev. Intern. Post. [Internet]. 2013 [acesso em : 10 jul 2022] ; 26(1)

:13-15.

Disponível

<https://www.scielo.br/j/abcd/a/R5TMqv9CwXNL7qNnz96z46H/?format=pdf&lang=pt>

(46) Raspante LB, Barquette AC, Motta MG, Ribeiro MA, Ramos LF. Review and pictorial essay on complications of bariatric surgery. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2020 [acesso em : 10 jul 2022]; 66(9) :1289-295. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ramb/a/nkDg7Ds44ZqXn4FnNMnfzCK/?format=pdf&lang=en>

(47) Marchesini JB, o Nicareta gr. omparação de cinco técnicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida com o baros .Rev. Intern. Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 10 jul 2022]; 27(1) :17-20. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abcd/a/znPvpBh9gPdwFBgcxX7ZmDd/?format=pdf&lang=pt>

(48) Dagan SS, Goldenshluger A, Globus I, Schweiger C, Kessler Y, Sandbank G, et al. Nutritional Recommendations for Adult Bariatric Surgery Patients: Clinical Practice. Rev. Intern. Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 15 jul 2022]; 94 :382-90. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347111/pdf/an014258.pdf>

(49) Cordioli AV, Kieling C, Silva CT, Passos IC, Barcellos MT. Referencia rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5. Porto Alegre: Editora Artmed; 2014.

(50) Busse SR. Anorexia, Bulimia e obesidade . São Paulo : Editora Manole; 2004.

(51) Castro PS, Brandão LR. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil Rev. Intern. Post. [Internet]. 2018 [acesso em : 02 Ago 2022]; 23(9) :2918-922. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n9/2917-2926/pt>

(52) Wässerle U, Ermer U, Habisch B, Seeliger S,. Anorexia nervosa: does the incidence increase during the coronavirus pandemic? Rev. Psicol. Post. [Internet]. 2022

[acesso em : 02 Ago 2022] ;57(5): 247–253.. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9614737/>

(53) Gil M, Simões MM, Cardoso EA, Pessa RP, Leonidas C. Percepção de familiares de pessoas com transtornos alimentares acerca do tratamento: uma metassíntese da literatura. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2022 [acesso em : 03 Ago 2022] ; 20 :2/16-10/16. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/FXSDqzH9BmY4ymSydfbC5Zn/?format=pdf&lang=pt>

(54) Angeletti LL, Innocent M, Felciai F, Ruggerin E, Cassioli E,. Anorexia nervosa as a disorder of the subcortical–cortical interoceptive-self. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2022 [acesso em : 04 Ago 2022] ; 30(5) : 78-84. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-022-01510-7>

(55) Cardoso EA, Coimbra AC, Santos MA. Qualidade de Vida em Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2018 [acesso em : 04 Ago 2022] ; 34(4) : 1-11. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/k9Xrhn4NBcVyK8GdBfHV5xx/?format=pdf&lang=pt>

(56) Costa-Val A, Coelho VA, Machado MN, Campos RT, Modena CM. Sobre anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de Saúde. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2019 [acesso em : 09 Ago 2022] ;23 :4/16-12/16. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2019.v23/e170293/pt>

(57) Appolinario JC, Nunes MA, Cordas TA. Transtornos alimentares diagnóstico e manejo. Porto Alegre: Editora Artmed, 2022.

(58) Ornelas ED, Squires C, Barbieri V, Santos MA. RELAÇÕES FAMILIARES NA BULIMIA NERVOSA. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2021 [acesso em : 10 Ago 2022] ;26(4) :1-17. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/SjVS7v5CTP9XbNSpHL4m3ct/?format=pdf&lang=pt>

- (59) Philippi ST. Nutrição transtornos alimentares avaliação e tratamento. São Paulo : Editora Manole; 2011.
- (60) Silva MA. Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria a prática. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 11 Ago 2022] ;19(1) :167-68. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pusf/a/hKLWFtFfh6QDBTLjgRDKJdd/?format=pdf&lang=pt>
- (61) Beck JS. Terapia Cognitiva-Comportamental.2.ed.Porto Alegre : Editora ABDR; 2013
- (62) Neufeld CB, Range BP Terapia Cognitiva-Comportamental em grupos das evidencias as práticas. Santana: Editora Artmed ;2017
- (63) Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição Comportamental. .2.ed. São Paulo : Editora Manole; 2019
- (64) Klobukoski C , Höfelmann DA. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 12 Ago 2022] 25(4) :443-52. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/nsTx858HVtCv4r64TcJBy8b/?format=pdf&lang=pt>
- (65) Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos Alimentares Visão Nutricional. São Paulo : Editora Manole; 2004
- (66) Tramontt CR, Schneider CD, Stenzel LM. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico.Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2014 [acesso em : 12 Ago 2022] ;20(05) :383-87. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbme/a/9fHL4qzqKb9HvpYVyV3RDYw/?format=pdf&lang=pt>
- (67) Pinto TF, Silva FG, Bruin VM, Bruin PF. Síndrome do comer noturno.Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2016 [acesso em : 13 Ago 2022] ;62(07) :701-707. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ramb/a/yCXQ8YrWJGtDFjGZVMGZhTv/?format=pdf&lang=en>

(68) Alvarenga MS, Dunker KL, Philippi ST. Transtorno alimentares e nutrição da prevenção ao tratamento. São Paulo : Editora Manole; 2020

(69) Lepley T , Zachary S, Zaira K. Identification and Management of Night Eating Syndrome in the Adolescent and Young Adult Population: uma revisão.Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2022 [acesso em : 13 Ago 2022] ;24(01) :170-76. Disponível em <https://www.psychiatrist.com/pcc/eating/identification-management-night-eating-syndrome-adolescent-young-adult-population/>

(70) Souza MA, Gomes VC, Silva MI, Messias CM. Incidência da síndrome do comer noturno e compulsão alimentar em estudantes de nutrição.Rev. Intern I.Post. [Internet]. 2017 [acesso em : 13 Ago 2022] ;15(23) :16-22. Disponível em <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5578/3001>