



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PACIENTES PRÉ E PÓS
BARIÁTRICOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Cecília de Oliveira Macedo
Rafaela Faulstich Alves Cardoso
MS. Daniela de Araújo Medeiros Dias

Brasília, 2019

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, por tudo que tem acontecido em nossas vidas, e por ter nos dado forças para superar as dificuldades.

À nossos pais e familiares, por terem sempre estado ao nosso lado, incentivando e acreditando em nosso potencial!

Aos amigos, que fizeram parte da nossa formação e que vão continuar presentes em nossas vidas.

Agradecemos especialmente a nossa Orientadora e amiga, Ms. Daniela de Araújo Medeiros Dias, que esteve presente em toda trajetória pra que esse dia se concretizasse.

E por fim, deixamos nosso agradecimento ao nosso amigo e Monitor, Paulo Henrique Silva Brandão Juhász, por toda paciência e atenção em nos ensinar tanto.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

1. INTRODUÇÃO

A Obesidade é apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, e hoje é vista como uma epidemia global estima-se que em 2025 existirão mais de 700 milhões de obesos no mundo. Diante da gravidade, iniciaram-se diversos estudos e pesquisas a fim de tentar solucionar a obesidade (OMS, 2017).

Entre os tratamentos propostos, existem reeducações alimentares, uso de medicamentos, e cirurgias. A cirurgia bariátrica (CB) surgiu inicialmente nos Estados Unidos, na década de 50, mas só chegou ao Brasil por volta da década de 70. Na Atualidade, o Brasil é o segundo país que mais realiza CB, tendo em média 80 mil cirurgias por ano (SBCBM, 2017). Cabe ressaltar que a maioria dos tratamentos para obesidade grave apresenta impactos de natureza modesta e curta, a CB propõe um resultado a longo prazo, incluindo a melhora das comorbidades (MULLER *et al.* 2013).

Entretanto, as consequências da CB podem estar relacionadas com transtornos alimentares, que são caracterizados por uma perturbação persistente no comportamento alimentar ou na alimentação, resultando no consumo ou na absorção exacerbada, que comprometem diretamente a saúde mental, física e psicossocial. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Dentre os transtornos alimentares podemos destacar a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e a compulsão alimentar periódica (TCAP). A anorexia e a bulimia são patologias que estão relacionadas à preocupação do peso, medo de engordar e distorção de imagem corporal (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O TCAP é a denominação mais usada no Brasil para o *binge eating disorder*, categoria de Transtorno Alimentar diagnosticada no *Manual Diagnóstico e Estatístico* da Associação Americana de Psiquiatria/DSM-V. Muitos autores entendem que a compulsão é o oposto da impulsividade. O indivíduo impulsivo tem a tendência a realizar ações fora de controle e geralmente sob emoção. Em contrapartida, os indivíduos compulsivos agem com conflito e sentimento de obrigatoriedade em suas realizações (PASSOS; STEFANO; BORGES, 2000).

Dessa forma, uma avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica é essencial para o diagnóstico e adequado tratamento precoce de um transtorno alimentar prévio ou pós-cirúrgico (SBCBM, 2017). Segundo Franques, 2003, o paciente precisa não só ter o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, os benefícios e possíveis

complicações da cirurgia, como também ter o conhecimento sobre a importância do acompanhamento psicológico em todas as etapas do processo. O pós-operatório pode ser o momento mais difícil em relação a adaptação a nova dieta, tal como o surgimento de possíveis inseguranças, expectativas e ansiedade (FRANQUES, 2003).

Diante do exposto, o presente trabalho busca por meio de uma revisão na literatura avaliar a relação de transtorno alimentar com o pré e a pós cirurgia bariátrica.

2. METODOLOGIA

Desenho do estudo

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura sobre a relação da Cirurgia Bariátrica e transtornos alimentares, bem como o surgimento dos mesmos após a cirurgia, ou diagnóstico precoce no pré cirúrgico, mediante consulta às bases de dados PubMed e SciELO. Na busca nos bancos de dados foram utilizadas as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela Biblioteca Virtual em Saúde, desenvolvido a partir do Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine, que permite o uso da terminologia comum em português e inglês.

Foram analisados arquivos como artigos experimentais, artigos de revisão, livros e publicações oficiais de Organizações de Saúde Internacionais no período de 2014 a 2019. Foram selecionados trabalhos na língua inglesa e portuguesa, sendo os descritores utilizados: BARIATRIC SURGERY, EATING DISORDERS, GASTRIC BYPASS, CIRURGIA BARIATRICA, TRANSTORNOS ALIMENTARES E BYPASS GÁSTRICO, sendo ainda utilizados os operadores “AND” e “OR” associando os descritores em buscas avançadas nas bases de dados mencionadas.

Os critérios de exclusão ocorreram quando o assunto não correspondeu à temática do trabalho, artigos tratando de cirurgia infanto-juvenil, pacientes com pós-cirúrgico maior que 7 anos e artigos tratando da relação de pacientes bariátricos com o alcoolismo.

Após a leitura do resumo dos artigos foram eliminados aqueles não atendiam os critérios de inclusão e incluídos os que relacionam obesidade e transtornos alimentares pré e pós-cirúrgicos.

Análise de dados

A análise de dados foi iniciada com a leitura dos títulos. Em seguida foi realizada a leitura dos resumos e ao final a leitura dos artigos na íntegra. Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos foram excluídos aqueles que não contemplavam o tema.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 593 artigos por meio das palavras-chave “CIRURGIA BARIÁTRICA” AND “TRANSTORNOS ALIMENTARES”. Foram excluídos 331 artigos por não estarem dentro do período de publicação de até 5 anos. Em seguida, foram excluídos aqueles estudos que usaram apenas animais, sendo o foco desta revisão, estudos feitos em humanos, resultando em na exclusão de 112 artigos. Além disso, foram descartados artigos que não contemplavam os critérios de inclusão, gerando total de 32 artigos selecionados. Por último, após análise do título e resumo, foram excluídos trabalhos que não se adequaram ao tema e ao objeto da pesquisa. Ao final, foram utilizados 9 artigos para esta revisão. As etapas de seleção estão descritas na figura abaixo:

Cirurgia Bariátrica AND Transtornos alimentares



Figura 1. Descrição da seleção dos artigos.

3.2 OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é uma doença que vem aumentando progressivamente em níveis de epidemia em todo o mundo (ABESO, 2016). Segundo informações publicadas no site do Ministério da Saúde, o número de cirurgias de redução de estômago realizadas pelo *Sistema Único de Saúde* (SUS) aumentou 542% no Brasil em sete anos, saltando de 497 cirurgias, em 2001, para 3.195 em 2008 (SILVA et al., 2008).

Um dos fatores determinantes da obesidade é o IMC, que é calculado dividindo-se o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros. Deve-se estar atento quando o IMC se encontra entre 30 e 34,9, situação em que a obesidade grau I é caracterizada. Quando o resultado está entre 35,0 e 39,9, considera-se obesidade grau II. Com o resultado acima de 40, pode-se avaliar como obesidade grau III, também chamada de obesidade mórbida (ABESO, 2016).

Em razão de a obesidade ser uma doença crônica e de etiologia multifatorial, seu tratamento também envolve vários tipos de abordagens: tratamento dietético, programação de atividades físicas, uso de medicamentos antiobesidade. Esses tratamentos são os principais e os primeiros a se recorrer diante da necessidade de emagrecer (ABESO, 2016).

O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes com obesidade grau III, ou pacientes portadores da obesidade grau II, com comorbidades, por exemplo: hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, apneia do sono, insuficiência cardíaca, artroses, obstrução arterial entre outro (ABESO, 2016).

Os candidatos ao tratamento cirúrgico devem passar por uma avaliação multidisciplinar como intuito de garantir um melhor prognóstico e sucesso terapêutico (ABESO, 2016). O processo cirúrgico demanda uma intensa adesão dos pacientes no período pós-operatório, pois implica modificações de hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Após a cirurgia bariátrica, com a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais, além da mudança de sua imagem corporal, surgem, muitas vezes, dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia. Nesse sentido, o paciente deve ser avaliado e acompanhado pela equipe multidisciplinar que estará envolvida no tratamento, em intervalos regulares, para monitorar o seu funcionamento psicológico (ALVARENGA, 2016).

Alguns pacientes podem apresentar, como efeito posterior à cirurgia, vários transtornos: transtornos da ansiedade, compulsões, como abuso de substâncias e gastos excessivos, além de comportamentos de risco para alguns transtornos alimentares, como bulimia nervosa e anorexia nervosa (ALVARENGA, 2016).

Os procedimentos cirúrgicos se diferenciam pelo funcionamento e mecanismo e existem três técnicas cirúrgicas básicas para a CB, podem ser feitas por videolaparoscopia, por abordagem aberta e de forma robótica por procedimento endoscópico (SBCBM, 2017).

Os procedimentos são classificados em 3 tipos: restritivos, que são procedimentos onde ocorre a diminuição na capacidade do estômago de receber alimentos, e induzem a sensação de saciedade precoce; procedimentos disabsortivos, como por exemplo a Cirurgia de *By-pass* intestinal, onde alteram um pouco a capacidade do estômago de receber alimentos e devido ao grande desvio intestinal, reduzem a capacidade de absorção, induzindo assim o emagrecimento; Técnicas Mistas são cirurgias com altos índices de satisfação e adesão, e com uma boa manutenção de peso a longo prazo. Essa cirurgia tem o intuito de restringir a capacidade de recepção de alimento pelo estômago, e possui um pequeno desvio intestinal, e é conhecida como *By-pass* Gástrico (SBCBM, 2017).

A Indicação para a cirurgia se deve a alguns critérios, como o IMC, que a partir de 30, se correlacionado à comorbidades de classificação grave, é existe a indicação da cirurgia, e a partir de 40, não necessita de comorbidade para a indicação. Além disso, temos outros fatores como a idade, doenças associadas e o tempo da doença. Pacientes menores de 16 anos não têm indicação de realizar a cirurgia, exceto em casos de síndrome genética, e pacientes acima de 65 anos, devem passar por uma avaliação individual, levando em consideração risco cirúrgico, expectativa de vida e comorbidades associadas (ABESO, 2016; SBCBM, 2017).

Algumas outras contraindicações para a realização da cirurgia bariátrica, ainda de acordo com a SBCBM (2017), são limitações intelectuais significativas, onde o paciente não tem plenos poderes de decisão, quadros de transtornos psiquiátricos não controlados, pacientes alcoólatras e pacientes portadores de alguns tipos de doenças genéticas.

Levando em consideração a correlação de transtornos e a Cirurgia bariátrica, podemos analisar diversos aspectos. Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade (COUTINHO,1999), o Paciente obeso apresenta um sofrimento

psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu próprio comportamento alimentar, além de maiores sintomas depressivos, de transtornos de ansiedade e de personalidade do que pacientes considerados eutróficos.

3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-V, 2014), os transtornos alimentares são caracterizados por severas alterações no comportamento alimentar, podendo causar tanto a perda extrema, quanto o ganho excessivo de peso. Existem inúmeros transtornos alimentares, no entanto o presente artigo pretende discutir dois deles: o transtorno do comer compulsivo e a bulimia nervosa, dando ênfase ao primeiro.

A prevalência de transtornos alimentares no pré-operatório varia de 4,9% a 78,3% e no pós-operatório de 3,6% a 54,4% segundo artigos analisados conforme Tabela1.

Segundo Goodpaster *et al.*, (2016), encontraram uma prevalência de 33% de comportamento beliscador em pacientes pré cirúrgicos. Corroborando com esses achados, Royal *et al.* (2014), 54,4% relataram perda do controle alimentar no mês anterior à avaliação e Horvath *et al.* (2015), verificou 46% com Transtorno Compulsivo Alimentar (TCA). Entretanto, Lavender *et al.*, 2014 foi encontrado uma menor prevalência de transtorno compulsivo alimentar no pré-operatório de 29,4%, quando comparado aos demais estudos. A oscilação na prevalência pode ser justificada pela forma de diagnosticar TCA. Ressalta-se que esse é um comportamento perigoso principalmente no pós-operatório tendo em vista possíveis complicações.

Entretanto os achados de Conceição *et al.*, (2014), a prevalência de TA no pré-operatório foi de 9,8%. Entretanto, a compulsão após 24 meses de cirurgia foi de 14,5% pela técnica cirúrgica da banda gástrica e 0% pela técnica cirúrgica de bypass gástrico. Em relação a diferença entre as técnicas no pós-operatório, a compulsão foi de 12,9% na banda gástrica e 3,6% no bypass gástrico. Quanto ao comportamento beliscador antes da CB foi de 29,5% e após 24 meses de cirurgia foi de 43,5% na banda gástrica e 47,3% no bypass gástrico. Cabe ressaltar que essa diferença pode ser associada com as diferentes técnicas verificadas, além disso o by-pass o paciente no pós-operatório ao ter uma reação compulsiva acaba tendo maiores efeitos

colaterais o que pode justificar a diminuição da prevalência. Esses dados robustecem a necessidade de acompanhamento nutricional e psicológico nas equipes multidisciplinares para nortear e acompanhar os pacientes de forma segura e garantir a eficiência esperada.

Analisando os TAs no pós-cirúrgico, segundo o estudo de Conceição *et al.*, 2018 a porcentagem de pacientes no pós-operatório com comportamento beliscador, do qual eles chamam de petisco contínuo, foi de 73,5%, maior que os achados em todos os outros artigos. Considerando ingestão excessiva e transtorno compulsivo alimentar, Conceição *et al.*, 2018 achou resultados em 54,8% dos pacientes e 29% respectivamente. Para Venzon e Alchieri, 2014 os pacientes que apresentaram sintomas de compulsão alimentar foram de 32,5%, maior do que no estudo da Conceição *et al.*, 2018. Novamente, Lavender *et al.*, 2014 encontrou resultados bem abaixo dos anteriores, com uma prevalência de 8,8% em TCA em pacientes pós-cirúrgicos.

Apenas Conceição *et al.*, 2018 identificou parâmetros como vômito, apresentando prevalência de 11,6%, uso de laxantes de 7,7%, dieta restritiva de 9,4%, exercício físico excessivo de 40,6%, saltar refeições de 54,8% e ingestão emocional de 50,3%.

O único estudo que apresentou resultados para Comportamento Bulímico nervoso (BN) foi o de Tae *et al.*, 2014, que expõe um percentil de 78,3% de BN pré cirúrgico, e 21,7% no âmbito pós-cirúrgico, trazendo assim uma percepção de melhora no prognóstico pós-cirúrgico. Analisando esse comportamento, encontramos resultados de uma grande diminuição no pós-cirúrgico, devido a menor ingestão alimentar natural pela redução de capacidade gástrica, e com isso, menos sentimento de culpa ao comer, conseqüentemente, diminuindo a necessidade de compensação após alimentação.

A avaliação de pacientes bariátricos deve ser contínua, em todas as fases do tratamento, por meio de seguimento com equipe interdisciplinar especializada, de modo a prevenir e detectar dificuldades pós-operatórias – médicas, psicológicas e sociais. O tratamento não termina com a cirurgia, e mudanças comportamentais, no estilo de vida e ambientais são exigidas, e mesmo, tratamento individualizado no caso dos transtornos psiquiátricos (MARCELINO, 2011).

Tabela 1. Estudos que avaliaram transtornos alimentares em pacientes submetidos a cirurgia Bariátrica, 2014-2019.

Autor/ Ano	População	Objetivos	Resultados
Conceição et al., 2014, Portugal	303 candidatos e submetidos à CB (88,2% ♀) Tipos de cirurgia: banda gástrica, bypass gástrico Média: 43,3 anos IMC médio: 44,5	Investigar a compulsão alimentar objetiva, subjetiva, comportamento beliscador, antes e após a CB, e associação com resultados no peso	Compulsão objetiva: antes CB = 9,8%; 6 meses = 0% banda e 0% bypass; 12 meses = 2,9% gástrica e 0% bypass; 24 meses = 14,5% gástrica e 0% bypass. Compulsão subjetiva: antes da CB = 9,8%; 6 meses = 7,4% gástrica e 1,6% bypass; 12 meses = 11,8% gástrica e 9,7% bypass; 24 meses = 12,9% gástrica e 3,6% bypass. Comportamento beliscador: antes da CB = 29,5%; 6 meses = 14,8% gástrica e 17,5% bypass; 12 meses = 47,1% gástrica e 30,6% bypass; 24 meses = 43,5% gástrica e 47,3% bypass
Tae et al., 2014 Santo André, SP	32 ♀ submetidas à CB (23 reavaliadas no pós-cirúrgico). Tipo de cirurgia: não informada. Média de idade: 41 anos. IMC antes e após cirurgia: 45,7 e 33,6	Avaliar sintomatologia psiquiátrica, uso de substâncias, qualidade de vida e o comportamento alimentar de pacientes submetidos à CB	- Comportamento de bulimia nervosa (BN) em 78,3% antes da CB e 21,7% após CB
Horvath et al., 2015 Porto Alegre, RS	116 candidatos à CB (78% ♀). Média de idade: 44,5 anos. IMC médio: 48,4	Avaliar e comparar a ingestão energética de candidatos à CB, com e sem TCA	- 46% com TCA segundo BES; média 42,3 anos; IMC médio: 49,8 – destes, 20,7% com TCA moderada e 25,9% severa
Miller-Matero et al., 2014 Michigan	142 candidatos à CB (81 % ♀). Tipo de cirurgia não mencionado. Média 46,2 anos. IMC médio 49	Estimar prevalência de alimentação emocional e “adição à comida” e outros comportamentos alimentares	- 15,5% com compulsão alimentar preexistente e 4,9% com compulsão alimentar na avaliação pré-cirúrgica

♀ = mulheres / ♂ = homens.

CB: Cirurgia Bariátrica; IMC: índice de massa corpórea (kg/m²); AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; TCA: transtorno da compulsão alimentar; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 4a edição; DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5a edição; BES: *Binge Eating Scale*; NEQ: Questionário de alimentação noturna; EDE-Q: Questionário sobre exame de transtorno alimentar; QACAP: Questionário avaliativo de compulsão alimentar periódica; ED-15: Eating Disorder Examination questionnaire.

Autor/ Ano	População	Objetivos	Resultados
Goodpaster et al., 2016 Oregon	288 candidatos à CB (77,4% ♀). Média 45,8 anos. IMC médio 48,0	Caracterizar o comportamento beliscador e perda de controle alimentar	- 33% dos pacientes relataram comportamento beliscador (destes, 32% perda do controle alimentar), e apresentaram mais TCA (43,3% pelo DSM-IV-TR) do que os sem perda de controle
Royal et al., 2015 Canadá	226 candidatos à CB (79% ♀). Tipo de cirurgia: bypass em Y-Roux. Média: 43,8 anos. IMC médio: 49,8	Examinar relação entre perda do controle alimentar e psicopatologia de TA e variáveis psicológicas	- 54,4% relataram perda do controle alimentar no mês anterior à avaliação (significativamente mais altos em alimentação noturna no NEQ, no EDE-Q, e para depressão).
Venzon e Alchieri, 2014	40 submetidos à CB (75% ♀). Tipo de cirurgia: <i>bypass</i> gástrico	Investigar os indicadores de compulsão alimentar em pacientes operados há pelo menos 2 anos e possíveis diferenças de funcionamento da personalidade e temperamento	- 32,5% sintomas de compulsão alimentar (95% no grupo)
Lavender et al., 2014 Dakota do Norte	68 submetidos à CB (89,7% ♀). Tipo de cirurgia não mencionado. Média 42,9 anos. IMC médio 46,5	Examinar TCA e mudanças no funcionamento cognitivo após a CB	- 29,4% com história anterior de TCA subclínico - 8,8% dos participantes com TCA após a CB
Conceição et al., 2018	155 pacientes sujeitos a CB (92,3% ♀). Tipo de cirurgia: <i>by pass</i> , <i>sleeve</i> ou técnica desconhecida.	Avaliar psicopatologia alimentar; comportamentos alimentares problemáticos; ansiedade, depressão e stress; e comportamento impulsivo.	- QACAP - Petisco contínuo: 73,5 %;- QACAP - Saltar refeições: 54,8%; - QACAP - Ingestão excessiva: 54,8%; - QACAP - Ingestão emocional: 50,3%; - QACAP - Perda de controle sobre a alimentação: 46,5%; - QACAP - Ingestão alimentar compulsiva: 29,0%; - ED-15 - Vômito: 11,6% - ED-15 - Uso de laxantes: 7,7%; - ED-15 - Dieta restritiva: 9,4%;- ED-15 - Exercício físico excessivo: 40,6%

♀ = mulheres / ♂ = homens.

CB: Cirurgia Bariátrica; IMC: índice de massa corpórea (kg/m²); AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; TCA: transtorno da compulsão alimentar; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 4a edição; DSM-V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 5a edição; BES: *Binge Eating Scale*; NEQ: Questionário de alimentação noturna; EDE-Q: Questionário sobre exame de transtorno alimentar; QACAP: Questionário avaliativo de compulsão alimentar periódica; ED-15: Eating Disorder Examination questionnaire.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dadas as questões discutidas nesta revisão – Prevalência de TAs em pacientes pré e pós bariátricos, o transtorno do comer compulsivo e a bulimia nervosa, avaliações por diferentes instrumentos, falta de avaliação psicométrica dos instrumentos para CB –, a variação encontrada nas taxas de frequência dificulta as comparações entre os estudos e limita as conclusões, tendo em vista que os instrumentos de pesquisa não eram padronizados.

Assim, os critérios diagnósticos e medidas de avaliação psicométrica necessitam de um consenso para determinar se estes fornecem uma avaliação válida de TA na população pré e pós bariátrica.

A partir dos artigos analisados, a prevalência de TA não diminui necessariamente no pós-cirúrgico, mas são necessários mais estudos para a identificação e contribuição no diagnóstico de transtornos alimentares de forma precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO (Brasil) (Org.). **MAPA DA OBESIDADE**. Disponível Em: [Http://Www.Abeso.Org.Br/Atitude-Saudavel/Mapa-Obesidade](http://Www.Abeso.Org.Br/Atitude-Saudavel/Mapa-Obesidade). Acesso Em: 10 Abr. 2019.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf Acesso em: 3 de abr. 2019

BUSSE, Salvador de Rosis (Ed.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri - Sp: Join Bureal, 2004. Pg. 15 e 16.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Org.). **Transtornos alimentares e obesidade**: UNIFESP. São Paulo: Manole, 2005. Pág. 59-61.

CONCEIÇÃO E, MITCHELL JE, VAZ AR, BASTOS AP, RAMALHO S, SILVA C, et al. **The presence of maladaptative eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: importance of picking or nibbling on weight regain**. *Eat Behav*. 2014;15:558-62.

CONCEIÇÃO, E., TEIXEIRA, F., RODRIGUES, T., LOURDES, M. D., BASTOS, A. P., VAZ, A., & RAMALHO, S. (2018). **Comportamentos Alimentares Problemáticos após Cirurgia Bariátrica: Um Estudo com Amostra Nacional Portuguesa**. *Acta Médica Portuguesa*, 31(11), 633. doi:10.20344/amp.9237

FRANQUES.- Sobre o Comportamento e cognição. In: Arruda RTC (ed) **Obesidade mórbida e intervenção**, ESETEC Editores Associados, pp. 335, 2003.

GOODPASTER KPS, MAREK RJ, LAVERY ME, ASHTON K, RISH JM, HEINBERG LJ. **Graze eating among bariatric surgery candidates: prevalence and psychosocial correlates**. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12:1091-7.

HORVATH, JDC; KOLPS NL,CASTRO MLD, FRIMAN R. **Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder**. *Eat Behav*. 2015;19:173-6.

LAVENDER JM, ALOSCO ML, SPITZNAGEL MB, STRAIN G, DEVLIN M, COHEN R, ET AL. **Association between binge eating disorder and chances in cognitive functioning following bariatric surgery**. *J Psychiatric Res*. 2014;59:148-54.

LEONIDAS, Carolina; DOS SANTOS, Manoel Antônio. **Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 1 a 19, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300015>. Disponível em: www.scielo.br/prc. Acesso em: 4 jul. 2019.

MARCELINO, Liete Francisco; PATRICIO, Zuleica Maria. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro v. 16, n. 12, p. 4767-4776, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300025&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>.

MILLER-MATERO LR, ARMSTRONG R, MCCULLOCH K, HYDE-NOLAN M, ESHELMAN A, GENAW J. **To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates.** Eat Weight Disord. 2014;19:377-82.

MÜLLER A, MITCHELL JE, SONDAG C, De Zwann M. **Psychiatric Aspects Of Bariatric Surgery.** Curr Psychiatry Rep. 2013;15(10):397.

NOVELLE, J. M., & ALVARENGA, M. S. (2016). **Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 262–285. doi:10.1590/0047-2085000000133

OLIVEIRA, Verenice Martinsde; LINARD, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pintode. **Cirurgia Bariátrica: Aspectos Psicológicos E Psiquiátricos.** 2004. Disponível Em: <<http://www.periodicos.usp.br/acp/article/view/16270/17982>>. Acesso Em: 06 Maio 2019.

OMS. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS.** Disponível em: < <https://bit.ly/2Gn9LI2>> Acesso em: 28 ago. de 2019

RIBEIRO, Graziela Aparecida Nogueira de Almeida et al. **PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA.** ABCD, arq. bras. cir. escavação. , São Paulo, v. 29, supl. 1, p. 27-30, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202016000600027&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201600s10008>

ROYAL, S., WNUK, S., WARWICK, K., HAWA, R., & SOCKALINGAM, S. (2014). **Night Eating and Loss of Control over Eating in Bariatric Surgery Candidates.** *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 14–19. doi:10.1007/s10880-014-9411-6

SBCBM (Org.). **A CIRURGIA BARIATRICA.** 2017. Disponível Em: <https://www.sbcbm.org.br/A-Cirurgia-Bariatrica/>. Acesso Em: 10 Abr. 2019.

TAE B, PELAGGI ER, MOREIRA JG, WAISBERG J, MATOS LL, D'ELIA G. **O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida.** Rev Col Bras Cir. 2014;41(3):155-60.

VENZON, Cn; ALCHIERI, Jc. **Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Psico. 2014;45(2):239-49. 41.

WIETZIKOSKI, E. C.; ANELLI, D.; SATO, S. W.; COSTA, L. D.; FRANÇA, V. F. Prevalência de compulsão alimentar periódica em indivíduos do sudoeste do Paraná. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p, 173-179, set/dez. 2014

WOLFE BM, BELLE SH. **Long-term risks and benefits of bariatric surgery: a research challenge**. JAMA 2014;312:1792–1793.