

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
CURSO DE NUTRIÇÃO

Beatriz Peratello Pollo Simon
Carliane Kelly Costa de Sousa
Carolina Mazetto de Arruda Fernandes

RELAÇÃO ENTRE CIRURGIA BARIÁTRICA E
TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR

São Paulo
2019

Beatriz Peratello Pollo Simon
Carliane Kelly Costa de Sousa
Carolina Mazetto de Arruda Fernandes

**RELAÇÃO ENTRE CIRURGIA BARIÁTRICA E
TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof^ª. Dra. Adriana Garcia Peloggia de Castro, como requisito parcial para obtenção do título em Bacharel em Nutrição.

São Paulo
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Radrizzani

Pollo, Beatriz Peratello

Relação entre cirurgia bariátrica e transtorno da compulsão alimentar / Beatriz Peratello Pollo, Carliane Kelly Costa de Sousa, Carolina Mazetto de Arruda Fernandes. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.

43 p.

Orientação de Adriana Garcia Peloggia de Castro

Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2019.

1. Adulto 2. Cirurgia bariátrica 3. Transtorno da compulsão alimentar I. Sousa, Carliane Kelly Costa de II. Fernandes, Carolina Mazetto de Arruda III. Castro, Adriana Garcia Peloggia de IV. Centro Universitário São Camilo V. Título

CDD: 612.39

Beatriz Peratello Pollo Simon
Carliane Kelly Costa de Sousa
Carolina Mazetto de Arruda Fernandes

**RELAÇÃO ENTRE CIRURGIA BARIÁTRICA E
TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR**

São Paulo, 18 de maio de 2019

Profª Dra. Adriana Garcia Peloggia de Castro

Professor Examinador

“Dedico este trabalho aos meus pais, Rene e Renata, que sempre me incentivaram incansavelmente a conquistar a graduação. Sem esse apoio não teria sido possível, todo o meu amor e gratidão à eles. Agradeço também todo o apoio recebido dos meus amigos e família, principalmente meu irmão Gabriel e meu esposo Thiago.”

Beatriz Peratello Pollo Simon

“Ao meu filho Bryan e esposo Wesley, por toda paciência e compreensão durante esses anos.”

Carliane Kelly Costa de Sousa

“Dedico este trabalho a mim mesma, que me dispus, através de um trabalho árduo, a alcançar a graduação em sua totalidade.”

Carolina Mazetto de Arruda Fernandes

“Nossos agradecimentos se direcionam primeiramente à Deus, por ter proporcionado nosso encontro nos primeiros meses da graduação, nos permitindo formar um grupo de trabalho que sempre prevaleceu o respeito, a amizade e a gentileza. Também agradecemos aos nossos familiares, a todos que contribuíram para a nossa formação e aos professores do Centro Universitário São Camilo, especialmente para nossa orientadora prof^a Dra. Adriana, por todos os ensinamentos, paciência e dedicação.”

“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.”

Charles Chaplin

POLLO, Beatriz P.; SOUSA, Carliane Kelly C.; MAZETTO, Carolina. **Relação entre cirurgia bariátrica e transtorno da compulsão alimentar**. 2019. 45 f. TCC (Bacharel em Nutrição) - Curso de Nutrição, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2019.

Introdução: A cirurgia bariátrica surge como uma das soluções para o tratamento da obesidade, pois pode possibilitar a perda significativa de peso. Atualmente o Brasil é o segundo país a realizar mais operações deste tipo. No entanto, nem todos os pacientes obtêm a perda de peso esperada e um dos motivos pode ser a presença do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA). O TCA pode ocorrer apenas antes, antes e após ou somente após a cirurgia bariátrica. **Objetivo:** Estudar a existência da relação entre cirurgia bariátrica e TCA. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos indexados na base de dados PUBMED, desde a sua criação até o dia 31 de março de 2019, sem restrição de idioma. Foram utilizados os descritores “Bariatric Surgery” AND “Binge-Eating Disorder” e seus termos equivalentes com o descritor OR. Definiu-se como desfecho principal para pesquisa a presença do TCA em candidatos e/ou em pessoas que foram submetidas à cirurgia bariátrica, caracterizando este o critério de inclusão dos artigos pesquisados. Os critérios de exclusão foram: estudos que associavam a cirurgia bariátrica e TCA com outras doenças psiquiátricas, de validação de instrumentos, estudos que relacionavam o TCA com abuso de álcool ou vício alimentar e pesquisas sobre tratamentos psicológicos e farmacológicos. **Desenvolvimento:** A busca totalizou 34 artigos válidos, dos quais 17 eram sobre o TCA em candidatos a cirurgia bariátrica, oito sobre o TCA após o procedimento cirúrgico e nove falavam sobre o TCA em pacientes antes e após a cirurgia bariátrica. A porcentagem de mulheres em relação ao total de participantes variou de 65,1% a 100%. Esta maior proporção de mulheres pode se explicar por fatores culturais, já que elas tendem a se importar mais com a questão estética. A presença de TCA previamente à cirurgia bariátrica variou de 3,8% a 48,3%, enquanto após a cirurgia variou de 0% a 49,3%. Em relação a perda de peso, sete estudos demonstraram que os indivíduos com TCA foram igualmente bem sucedidos em comparação a indivíduos sem TCA. Por outro lado, sete outros estudos evidenciaram que o diagnóstico de TCA pré-cirúrgico esteve associado a piores resultados de perda de peso após a cirurgia. Portanto, se observou que a presença do TCA não se associou a menor perda de peso após a cirurgia. Os cinco estudos que avaliaram o reganho de peso em pacientes pós cirúrgicos com TCA mostraram que todos eles apresentaram reganho. No geral, os estudos mostraram que os pacientes com TCA podem apresentar piores resultados em relação a qualidade de vida, uma vez que apresentam mais preocupações com alimentação, peso e forma corporal. O acompanhamento multiprofissional desses pacientes se faz extremamente necessário em todas as etapas do tratamento, principalmente no pós-cirúrgico. **Conclusão:** Observou-se a existência de TCA em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica tanto no pré como no pós-operatório. A presença desta doença pode acarretar em piores resultados no pós-operatório, no entanto este não deve ser um fator determinante para excluir essa população do tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Adulto. Cirurgia bariátrica. Transtorno da compulsão alimentar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	15
3 MÉTODOS.....	16
4 DESENVOLVIMENTO	18
5 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A construção da autoimagem corporal é estabelecida através dos padrões sociais e culturais de corpo e beleza, desta forma, a percepção e a satisfação com a autoimagem é definida pela norma socialmente construída. Na sociedade contemporânea o corpo magro deixa de ser sinônimo de fraqueza e passa a ser visto como modelo dominante e como algo que deve ser alcançado por todos, para satisfazer um desejo que não é de sua natureza, mas da sociedade em que está inserido. O corpo “gordo”, que no passado representava abundância, riqueza e poder, passa a ser estigmatizado e considerado algo moralmente inaceitável (SILVA et al., 2018).

Nos dias atuais a beleza é sinônimo de sucesso pessoal e profissional. Desta forma, os indivíduos buscam desesperadamente uma perfeição corporal e simultaneamente acumulam um vazio enquanto seres humanos, porque de forma indireta sabem que essa busca pela perfeição não tem fim (SILVA; LANGE, 2017).

Carvalho e Martins (2004) discutem que a obesidade é um estado que se distancia dos padrões de normalidade na cultura, sendo assim, o indivíduo com obesidade é visto como anormal porque difere do padrão de beleza de um modelo de corpo com a silhueta magra imposto pela sociedade.

Vários fatores estão associados à conduta alimentar inadequada que levam a obesidade, além dos aspectos sociais e estilo de vida, os aspectos psicológicos mostram participação importante nesta condição (VENZON; ALCHIERI, 2014).

A classificação de obesidade é feita através do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). Valores de IMC maiores ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ são considerados como obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO, 2016).

As taxas de obesidade vêm aumentando de forma alarmante em todo mundo, considerada uma epidemia global, é um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (REIS; PASSOS; SANTOS, 2018). Pinheiro, Freitas e Corso (2004) afirmam que a obesidade está sendo considerada a mais

importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, devido ao aumento de sua incidência.

Com base nisso, Abarca-Gómez et al. (2017), relatam que o número global de adultos obesos aumentou de 100 milhões em 1975 para 671 milhões em 2016.

No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (2017) mostraram que o 18,9% da população é acometida pela obesidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2005) o número de pessoas com obesidade é maior em áreas urbanas, além de estar relacionado ao poder aquisitivo familiar. Quanto maior a renda, maior a prevalência de obesidade, mas esta é cada vez mais alta em mulheres de baixa renda e tende a se estabilizar ou até mesmo diminuir nas classes de renda mais elevada.

Dietas restritivas, medicamentos, programas de atividade física e cirurgias são alguns dos métodos utilizados com a finalidade de perda de peso (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

A cirurgia bariátrica surgiu nos anos 1950 nos Estados Unidos da América e no Brasil se iniciou a partir de 1970. Pela possibilidade de levar as pessoas a perderem quantidade significativa de peso, atualmente o Brasil é o segundo país no mundo a realizar mais operações deste tipo, com 100 mil registros por ano, ficando atrás apenas dos EUA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM, 2015).

A indicação da cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade baseia-se em diversos fatores: IMC, idade, doenças associadas e tempo de doença, ou seja, são candidatos à cirurgia bariátrica pacientes com IMC superior 40 kg/m² ou com IMC entre 35 e 40 kg/m² com comorbidades associadas (SBCBM, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde (2017) deve-se respeitar os limites clínicos de acordo com a idade, ou seja, nos jovens entre 16 e 18 anos poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Além disso, deve haver o consenso entre a família e a equipe multidisciplinar, seguido de avaliação do conselho de ética. Nos adultos com idade

acima de 65 anos deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

A cirurgia é contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática (FANDIÑO et al., 2004). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), também não é recomendada para pessoas com limitações intelectuais significativas, pacientes sem suporte familiar adequado, quadro de transtorno psiquiátrico não controlado (incluindo uso de álcool e drogas ilícitas), doença cardiopulmonar grave e descompensada, hipertensão portal com varizes esofágicas, doenças imunológicas ou inflamatórias no trato digestório superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco e Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Repetto, Rizzolli e Bonatto (2003) descrevem que a cirurgia enquanto tratamento para a obesidade deve ser cogitada em pacientes que já tiveram diversas tentativas de tratamentos convencionais, porém não atingiram redução satisfatória e sustentada de peso (mais de 5% do peso corporal mantido por mais de cinco anos).

Durante o pré-operatório é importante que o paciente seja esclarecido sobre o programa a qual será submetido, riscos, desconfortos, bem como a avaliação clínica, psicológica e nutricional, pois estes fatores determinarão sua condição atual e a indicação da cirurgia (SOUZA et al. 2012).

De acordo com Fandiño et al. (2004) a avaliação psiquiátrica dos candidatos à cirurgia bariátrica faz parte de uma rotina no pré-operatório. LeMont et al. (2004) afirmam que a avaliação psiquiátrica pré-operatória tem por finalidade identificar fatores psicossociais de risco, aconselhar pacientes e atentar a equipe multidisciplinar visando prevenção e intervenção precoce nas situações de risco, bem como identificar condições clínicas que contra indiquem o procedimento, tais como: dependência de substâncias, transtornos psicóticos descompensados, transtornos de personalidade, déficits cognitivos associados a suporte familiar precário, entre outros. Também é fundamental que se investigue as tentativas anteriores de controle de peso, história ponderal e dietética dos pacientes, pois estas, em geral, fornecem informações importantes sobre os fatores biológicos e psicológicos envolvidos na obesidade.

A SBCBM (2017) afirma que as cirurgias se diferenciam pelo mecanismo de funcionamento. Existem três procedimentos básicos que podem ser feitos: abordagem aberta feita por videolaparoscopia, robótica e procedimento endoscópico. Os procedimentos são didaticamente divididos e classificados em restritivos, disabsortivos e técnicas mistas.

O procedimento cirúrgico reduz o estômago, perdendo parte de sua capacidade absorptiva, diminuindo então sua capacidade de suportar a quantidade habitual de alimentos, enchendo-se rapidamente, teoricamente transmitindo ao cérebro uma mensagem de saciedade (SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Atualmente o *bypass* gástrico é o principal tratamento cirúrgico adotado, que teoricamente pode induzir perda média entre 65 a 70% do excesso de peso corporal, com máxima perda de peso no período entre 12 a 24 meses após a cirurgia (FRAZÃO, 2017).

No entanto, não se deve ignorar o fato de que consequências adversas também podem surgir após o procedimento cirúrgico, como complicações pós-operatórias e distúrbios psicossociais relacionados ao funcionamento físico, mental e social, como os relacionados à imagem corporal e a aspectos cognitivos (ALMEIDA et al., 2011). De acordo com Zwaan et al. (2010), no geral, a cirurgia bariátrica resulta em melhoras físicas e psicológicas, mas uma parte dos pacientes não obtém a perda de peso esperada. Desta forma, outros problemas podem surgir, além daqueles associados ao ganho de peso (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003). Sendo assim, a cirurgia bariátrica não pode ser vista como uma garantia de redução de peso e, portanto, a dificuldade em aceitar resultados obtidos após a cirurgia e as expectativas não atendidas podem gerar angústia e frustração (LEAHEY; CROWTHER; IRWIN, 2008). Burgos (2011) afirma que, apesar da eficácia da cirurgia bariátrica, a recuperação do peso pode ocorrer com o passar do tempo e sua manutenção a longo prazo pode ser um desafio.

Gordon, Kaio e Sallet (2011) afirmam que de 20% a 70% dos pacientes que buscam a cirurgia bariátrica têm histórico de algum transtorno mental e, sendo assim, constituem grupo de risco para transtornos psíquicos diversos, inclusive para os transtornos alimentares: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA).

De acordo com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o TCA é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, ou seja, a ingestão, em um período determinado (ex. dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob as mesmas circunstâncias. Além disso, os episódios de compulsão alimentar estão associados à três ou mais dos seguintes aspectos: comer mais rapidamente do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de alimento na ausência de fome física, comer sozinho por vergonha do quanto está se comendo e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida. Há um sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa. Em relação à gravidade, quando os episódios de compulsão alimentar ocorrem de 1 a 3 vezes por semana é considerado leve, moderado quando acontecem de 4 a 7 vezes, grave quando há de 8 a 13 episódios e extrema quando ocorrem 14 ou mais episódios na semana.

Segundo Borges et al., (2005) o termo compulsão alimentar é utilizado muitas vezes diferente do que é proposto por sua definição técnica, ou seja, o fato de um indivíduo apresentar perda de controle durante a alimentação, não necessariamente o caracteriza com compulsão alimentar. Desta forma, os instrumentos destinados para avaliar a compulsão alimentar e o TCA incluem todas as questões pertinentes para o diagnóstico como: quantidade de alimentos ingeridas, perda de controle ao comer, frequência tamanho e duração dos episódios.

Diante desse cenário, estudar qual é a relação entre transtorno da compulsão alimentar e cirurgia bariátrica, tanto no pré como no pós-operatório, é de extrema importância para que sejam construídas abordagens adequadas no tratamento desta condição clínica.

2 OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo estudar a existência da relação entre cirurgia bariátrica e TCA.

3 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos indexados na base de dados PUBMED, desde a sua criação até o dia 31 de março de 2019, sem restrição de idioma. Foram utilizados os descritores “Bariatric Surgery” AND “Binge-Eating Disorder” e seus termos equivalentes com o descritor OR. O core aplicado para as buscas foi: “Bariatric Surgery” or “Surgeries, Bariatric” or “Surgery, Bariatric” or “Metabolic Surgery” or “Metabolic Surgeries” or “Surgeries, Metabolic” or “Surgery, Metabolic” or “Bariatric Surgical Procedures” or “Bariatric Surgical Procedure” or “Procedure, Bariatric Surgical” or “Procedures, Bariatric Surgical” or “Surgical Procedure, Bariatric” or “Surgical Procedures, Bariatric” or “Bariatric Surgeries” or “Stomach Stapling” or “Stapling, Stomach” and “Binge Eating Disorder” or “Binge-Eating Disorders” or “Disorder, Binge-Eating” or “Disorders, Binge-Eating”.

Definiu-se como desfecho principal para pesquisa a presença do TCA em candidatos e/ou em pessoas que foram submetidas à cirurgia bariátrica, caracterizando este o critério de inclusão dos artigos pesquisados.

Os critérios de exclusão foram: estudos que associavam a cirurgia bariátrica e TCA com outras doenças psiquiátricas, de validação de instrumentos, de revisão bibliográfica, estudos que relacionavam o TCA com abuso de álcool ou vício alimentar e pesquisas sobre tratamentos psicológicos e farmacológicos.

Após a pesquisa realizou-se uma triagem e artigos que não tinham foco no objetivo desta revisão, não se encaixavam nos critérios de inclusão, se encaixavam nos critérios de exclusão ou repetidos foram excluídos. Em seguida, os resumos foram lidos e os artigos que não apresentavam o desfecho determinado também foram descartados. Por fim, os artigos escolhidos foram lidos na íntegra e, ainda, apenas estudos de interesse que contribuíram para a resposta do objetivo foram selecionados para o presente trabalho.

Para construir os resultados, foram feitos quadros para classificar os estudos em três categorias diferentes: 1) estudos do período pré-cirúrgico, que consiste em estudos com candidatos à cirurgia bariátrica 2) estudos do período pós-cirúrgico, classificação que diz respeito aos estudos com pacientes que em algum momento já realizaram a cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade 3) estudos mistos,

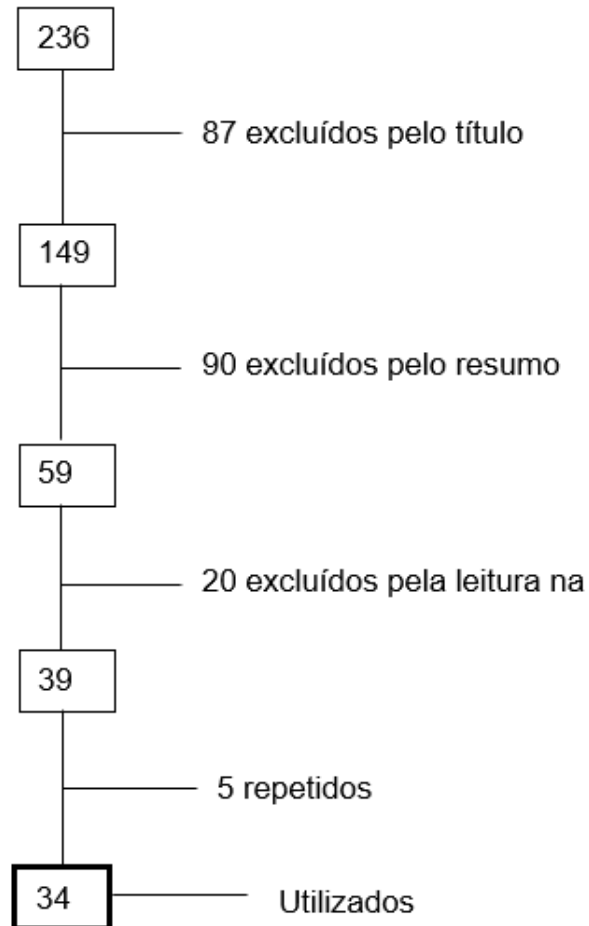
que reúne estudos com pacientes que foram acompanhados antes e após a cirurgia bariátrica.

Ao comparar o DSM-5 com a sua versão anterior, a principal mudança no diagnóstico está relacionada à frequência dos episódios de compulsão. A versão mais atualizada descreve que para diagnosticar o indivíduo com TCA é necessário que ele apresente ao menos uma compulsão alimentar por semana durante três meses, enquanto no DSM-4 era necessário que o indivíduo apresentasse pelo menos dois episódios de compulsão alimentar por semana por pelo menos seis meses. Embora o DSM tenha sido atualizado, nesta revisão foi considerado como transtorno da compulsão alimentar indivíduos diagnosticados através de ambos materiais, DSM-4 e DSM-5. Padronizou-se os termos “transtorno da compulsão alimentar” (denominação de acordo com o DSM-5) e “transtorno da compulsão alimentar periódica” (denominação de acordo com o DSM-4) unicamente como “transtorno da compulsão alimentar - TCA”.

4 DESENVOLVIMENTO

A figura 1 ilustra as etapas de seleção dos artigos desta revisão.

Figura 1- Etapas de seleção dos artigos



A busca totalizou 34 artigos válidos, dos quais 17 eram sobre o TCA em candidatos a cirurgia bariátrica, oito sobre o TCA após o procedimento cirúrgico e nove falavam sobre o TCA em pacientes antes e após a cirurgia bariátrica.

Quadro 1- Estudos sobre TCA em candidatos à cirurgia bariátrica

Autores/Ano	População	Objetivo	Método	Resultados
Hsu et al. (2002)	37 pacientes (31 mulheres e 6 homens) que aguardavam cirurgia bariátrica no Tufts New England Medical Center	Determinar se indivíduos com TCA diferem de indivíduos sem TCA em relação a distúrbios alimentares, morbidade psíquica e estado de saúde de candidatos ao bypass gástrico	Entrevistas (EDE)	Os pacientes foram divididos em: TCA, compulsão alimentar parcial e sem TCA. Os resultados mostraram que 11% dos participantes preencheram todos os critérios para TCA, 14% para compulsão alimentar parcial e 75% foram classificados sem transtorno da compulsão alimentar
De Zwaan et al. (2002)	110 pacientes (96 mulheres e 14 homens) avaliados para cirurgia de bypass gástrico	Analisar a qualidade de vida em pacientes obesos pré-cirúrgico com e sem transtorno da compulsão alimentar	Questionário (QEWP-R) segundo DSM-4	Do total da amostra 17,3% preencheram os critérios para TCA, todos os comedores compulsivos eram mulheres
De Zwaan et al. (2003)	110 pacientes (96 mulheres e 14 homens) candidatos a um bypass gástrico padrão Roux-en-Y no Departamento de Cirurgia, Sistemas de Saúde MeritCare, Fargo, ND	Investigar a prevalência de TCA em candidatos a cirurgia bariátrica	Questionário (QEWP-R)	Do total da amostra 13,3% preencheram os critérios para TCA
Fabricatore et al. (2006)	552 pacientes (451 mulheres e 101 homens) que procuraram a cirurgia bariátrica na Universidade da Pensilvânia.	Identificar os comportamentos alimentares de pessoas que procuraram cirurgia bariátrica	Questionário de auto relato	Os resultados mostraram que 71,4% da amostra apresentou compulsão alimentar, destes 26,9 tinha TCA, 23,4% tinham compulsão subjetiva e 44,7% não apresentaram episódios de compulsão
Allison et al. (2006)	215 participantes de um programa que procuravam cirurgia bariátrica (176 mulheres e 39 homens)	Avaliar a prevalência da síndrome do comer noturno e o TCA em indivíduos que procuraram a cirurgia bariátrica	Questionários de auto relato e entrevistas semiestruturadas	Do total da amostra 15,7% (autorrelato) dos pacientes relataram episódios de compulsão alimentar de acordo com o DSM-4. Destes apenas 4,2 apresentaram TCA de acordo com a entrevista semiestruturada, 3,3% relataram compulsão uma vez por semana e a entrevista reduziu essa prevalência para 1,4%

Quadro 1- Estudos sobre TCA em candidatos à cirurgia bariátrica (continuação)

Fujioka et al. (2008)	154 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica aberta ou laparoscópica na Clínica Verde Scripps de 1996 a 2002	Determinar se uma abordagem preventiva ao bypass gástrico em Y-de-Roux é justificada, analisando a interação entre a perda de peso no pré-operatório, o TCA e a história de abuso sexual	Prontuário dos pacientes e questionários pré-operatórios de acordo com o DSM-4	32% tinham histórico de TCA
Wolnerhanssen et. al (2008)	380 pacientes (296 mulheres e 84 homens) com obesidade mórbida submetidos a banda gástrica ajustável laparoscópica.	Investigar os preditores dos resultados da cirurgia bariátrica.	História dietética, autorrelato do paciente e uma entrevista de acordo com o DSM-4	41% dos pacientes apresentaram TCA antes da cirurgia bariátrica.
Sansone et al. (2008)	121 indivíduos (104 mulheres e 17 homens) em consulta para cirurgia gástrica para obesidade	Examinar a prevalência de TCA em candidatos a cirurgia bariátrica	Questionários sobre alimentação e auto relato sobre comportamento alimentar	Dos 92 pacientes que completaram o questionário apenas 6,5% apresentaram TCA
Dahl et al. (2010)	157 pacientes (115 mulheres e 42 homens) obesos mórbidos que esperavam tratamento cirúrgico de perda de peso na Clínica do Hospital Universitário St. Olavs, na região central da Noruega	Estudar a prevalência de todos os transtornos alimentares relevantes pacientes	Questionário de autorrelato, "Transtornos Alimentares na Obesidade" (EDO)	21 (13,4%) pacientes tinham o diagnóstico de TCA
Müller et al. (2011)	90 pacientes, 69 mulheres e 21 homens, candidatos a cirurgia bariátrica, no Hospital Universitário Erlangen	Investigar a relação entre as variáveis de compulsão alimentar e temperamento	Questionário de avaliação de patologia alimentar, depressão e TDAH	Foi identificado que 25% dos pacientes possuía TCA

Quadro 1- Estudos sobre TCA em candidatos à cirurgia bariátrica (continuação)

Mitchell et al. (2012)	199 pacientes (165 mulheres e 34 homens) de 3 hospitais universitários, 1 instituto de pesquisa privado sem fins lucrativos e 1 hospital comunitário	Replicar os achados prévios da pesquisa pré-operatória e apresentar os achados iniciais em preparação para os relatórios subsequentes	Entrevista utilizando Exame de Desordem Alimentar, entrevista semi-estruturada e Entrevista Clínica Estruturada	10,1% tinham diagnóstico de TCA
Mitchell et al. (2014)	2.266 participantes (1781 mulheres e 485 homens) com pelo menos 18 anos de idade, que se submeteram ao primeiro procedimento cirúrgico bariátrico	Descrever a prevalência de comportamentos alimentares problemáticos e determinar fatores associados TCA antes da cirurgia bariátrica	Formulário LABS-2 Behavior auto-administrado	15,7% preencheram os critérios para TCA.
Costa e Pinto (2015)	96 pacientes (77 mulheres e 19 homens) que procuraram atendimento entre novembro de 2013 e fevereiro de 2015 na Clínica Bariátrica - AMBBAR, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO.	Avaliar a associação entre a presença e o nível de transtorno da compulsão alimentar periódica e a qualidade de vida dos obesos candidatos à cirurgia bariátrica	Binge Eating Scale (BES)	O TCA foi observado em 44,2% dos pacientes (29,9% moderado e 14,3% grave)
Horvath et al. (2015)	116 pacientes encaminhados para cirurgia bariátrica do Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), entre março de 2010 e novembro de 2013)	Avaliar e comparar a ingestão alimentar dos candidatos com e sem TCA utilizando para isso a Dietary Reference Intakes	DSM-4 e BES	Dentre os pacientes, 46,6% tinham TCA, e destes 20,7% tinham um distúrbio moderado e 25,9% grave.

Quadro 1- Estudos sobre TCA em candidatas à cirurgia bariátrica (continuação)

Mitchell et al. (2015)	2.225 participantes (1745 mulheres e 480 homens) incluídos através do consórcio de avaliação longitudinal da cirurgia bariátrica (LABS)	Investigar se a presença ou ausência de TCA, independente do IMC, está relacionada à hipertensão, dislipidemia, diabetes tipo 2 e várias outras comorbidades em candidatas à cirurgia bariátrica	Questionários de autorrelato adaptados do QEWP-R	Os resultados apontaram que, de acordo com o DSM-5 por autorrelato, 350 (15,7%) do total de candidatas tinham TCA, sendo 281 mulheres e 69 homens.
Vinai et al. (2015)	118 obesos graves (77 mulheres e 41 homens) em busca de tratamento em um centro de cirurgia bariátrica no norte da Itália	Avaliar se existem diferenças significativas em psicopatologias entre pacientes obesos graves afetados com TCA, diagnosticados a partir dos critérios do DSM-4 e do DSM-5	Three-Factor Eating Questionnaire	Os resultados apontaram que 48,3% (43 mulheres e 14 homens) de 118 pacientes foram afetados pelo TCA seguindo os critérios do DSM-5. De acordo com os critérios do DSM-4, 22 mulheres e 2 homens preencheram os critérios para TCA.
Cox e Brode (2018)	119 pacientes (98 mulheres e 21 homens) avaliados em 2012–2013 em um grande centro médico universitário	Investigar aspectos cognitivos e do comportamento alimentar como potenciais mediadores da relação entre sintomas depressivos e compulsão alimentar.	DSM-4 e Binge Eating Scale - BES	9,2% dos 119 pacientes possuíam o diagnóstico de TCA

Quadro 2 - Estudos sobre TCA após a cirurgia bariátrica

Autores/Ano	População	Objetivo	Método	Resultados
Bocchieri-Ricciardi et al. (2006)	72 pacientes (57 mulheres e 15 homens) submetidos a cirurgia bariátrica entre Outubro de 1998 e Setembro de 2001 na Universidade de Chicago Hospitais	Comparar o comportamento alimentar e o resultado de peso após o primeiro ano de pós-operatório entre pessoas com TCA e sem TCA	Questionários de autorrelato QEWP e QEWP-R	Os resultados apresentaram que 33% dos participantes tinham compulsão alimentar antes da cirurgia, destes 17 pacientes preenchiam todos os critérios de TCA. 67% foram classificados como comedores não compulsivos

Quadro 2 - Estudos sobre TCA após a cirurgia bariátrica

Sallet et al. (2007)	216 pacientes (178 mulheres e 37 homens) admitidos para tratamento bariátrica no contexto de uma clínica privada	Investigar se o TCA e sintomas psicopatológicos são preditivos de uma menor perda de peso em pacientes obesos submetidos ao <i>bypass</i> gástrico	Entrevista semiestruturada usando o DSM-4	Seis meses após a cirurgia 20% foram classificados como tendo TCA, 60% como compulsão alimentar subclínica e 20% não apresentaram compulsão alimentar.
Kofman, Lent e Swencionis (2010)	497 pessoas (480 mulheres e 17 homens) foram recrutados em um site nacional para pessoas que estão pensando ou que tenham sido submetidas a cirurgia para perda de peso	Pesquisa pela internet para avaliar os comportamentos alimentares, qualidade de vida relacionada à saúde e histórico de peso, de pacientes que procuravam a cirurgia bariátrica como alternativa para a perda de peso e pós bariátrica com resultados iniciais positivos de perda peso e seu reganho	Questionário de autorrelato com 28 itens (Weight Patterns Revised (QEWP-R))	430 sujeitos relataram recuperação de peso, dentre eles 89 responderam ao critério de TCA
Wadden et al. (2011)	Os pacientes foram recrutados do Programa de Cirurgia Bariátrica no Hospital da Universidade	Analisar pacientes no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital da Universidade da Pensilvânia, de setembro de 2005 a dezembro de 2008	Critérios do DSM-5	Pacientes com TCA perderam 22,1% do peso inicial, em comparação com 24,2%.
Ivezaj et. al (2017)	71 pacientes (60 mulheres e 11 homens) que foram submetidos à cirurgia de gastrectomia vertical laparoscópica nos últimos 4 a 9 meses de um dos três cirurgiões do corpo docente do ale Bariatric/Gastrointestinal Surgery Center of Excellence, e relataram a perda do controle ao comer (LOC) pelo menos uma vez por semana nos últimos 28 dias.	Examinar a severidade da perda do controle alimentar em indivíduos que relataram a perda do controle ao comer após cirurgia de gastrectomia vertical. Especificamente, examinar a severidade da perda do controle ao comer, a psicopatologia do transtorno alimentar associado e os resultados de perda de peso após a gastrectomia vertical.	Eating Disorder Examination (EDE) Bariatric Surgery Version	49,3% foram classificados com TCA e 50,7% com perda do controle ao comer, mas sem TCA.

Quadro 2 – Estudos sobre TCA após a cirurgia bariátrica (continuação)

Marek et al. (2017)	451 pacientes (335 mulheres e 116 homens) submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos 5 anos, residentes no nordeste de Ohio	Examinar associações entre diagnósticos psiquiátricos pré-cirúrgicos e resultados no Índice de Massa Corporal (IMC) após 5 anos de cirurgia	Entrevista semi-estruturada não validada para a entrevista.	O diagnóstico de TCA pré-cirúrgico previu IMCs maiores após 5 anos, indicando que um diagnóstico pré-cirúrgico de TCA está associado a piores resultados de perda de peso
Ivezaj et al. (2018)	431 pacientes (321 mulheres e 110 homens) recrutados nos centros médicos de Yale	Comparar quatro grupos que buscavam tratamento para perda de peso (indivíduos com sobrepeso/obesidade sem TCA, indivíduos com sobrepeso/obesidade e TCA, pacientes pós-cirurgia bariátrica com TCA e pacientes pós-cirurgia bariátrica com perda de controle ao comer sem TCA)	EDE-Bariatric Surgery Version	Do total, 96 eram indivíduos com sobrepeso/obesidade sem TCA, 235 eram indivíduos com sobrepeso/obesidade e TCA, 46 eram pacientes pós-cirurgia bariátrica com TCA e 54 eram pacientes pós-cirurgia bariátrica com perda de controle ao comer sem TCA
Smith et al. (2019)	2156 pacientes (1639 mulheres e 517 homens) que foram submetidos a banda gástrica ajustável laparoscópica ou bypass gástrico Roux-nY no estudo multicêntrico Avaliação Longitudinal de Cirurgia Bariátrica-2 (LABS-2).	Caracterizar a perda do controle ao comer e TCA nos 7 anos seguintes à cirurgia	Critérios do DSM-5	A prevalência de perda do controle ao comer e TCA foi maior antes da cirurgia (35% e 12,7%, respectivamente), com as maiores diminuições observadas no primeiro ano. Em relação ao TCA, 82,2% nunca preencheram os critérios, 4,8% referiram de novo o TCA, 3,8% referiram TCA recorrente e 9,2% relataram remissão no TCA. No entanto, desses 9,2%, 46,6% relataram ainda perda do controle ao comer após a cirurgia. Embora a perda do controle ao comer e TCA tenham diminuído inicialmente, uma proporção de pacientes relatou a perda do controle ao comer e o transtorno da compulsão alimentar no período pós-operatório (25% e 5%, respectivamente).

Quadro 3 - Estudos sobre TCA antes e após a cirurgia bariátrica

Hsu, Betancourt e Sullivan (1996)	24 pacientes do sexo feminino submetidas a cirurgia bariátrica nos últimos 3 anos e meio no Allegheny General Hospital (Pittsburgh, PA)	Examinar o efeito que os distúrbios alimentares têm no resultado da perda de peso após a gastroplastia vertical	Entrevistas Questionários (EDE)	Os resultados mostraram que 37,5% preenchiam os critérios para TCA antes da cirurgia. Os critérios para TCA não se aplicavam aos pacientes após a cirurgia, no entanto 20,8% relataram perda de controle durante a alimentação. Quando excluído o critério "comer grandes quantidades de alimentos em um período discreto de tempo" 5 pacientes se encaixavam aos critérios de TCA.
Powers et al. (1999)	116 pacientes (96 mulheres e 20 homens) candidatos a cirurgia bariátrica, acompanhados aos 6 meses, depois aos 1 e 2 anos após a cirurgia	Determinar a prevalência de comer transtornado antes e após a cirurgia bariátrica	Questionário de acordo com os critérios de pesquisa do DSM-4	Dos 116 pacientes 52% apresentaram compulsão alimentar no pré-operatório e 16% preencheram todos os critérios para TCA. No pós-cirúrgico nenhum paciente relatou compulsão alimentar.
Latner et al. (2004)	65 pacientes (todas mulheres) submetidos a bypass gástrico para obesidade grave no Montefiore Medical Center, da Faculdade de Medicina Albert Einstein	Examinar os fatores que estão associados aos resultados da cirurgia	A avaliação do TCA foi feita através de entrevistas semiestruturadas no pré-operatório e através de entrevistas por telefone no pós operatório	Após a cirurgia de bypass gástrico o número de pacientes com TCA reduziu de 48% para 0%.
Burgmer et al. (2005)	No pré-operatório 149 pacientes (102 mulheres e 47 homens) com cirurgia restritiva de obesidade.	Investigar o comportamento alimentar e alterações no peso após a cirurgia de restrição gástrica.	Entrevistas de acordo com o DSM-4	Apenas 2% dos pacientes preencheram todos os critérios para TCA no pré-operatório, 11% relataram que já tiveram TCA no passado e 20,1% tiveram episódios recorrente de compulsão alimentar no pós operatório.

Quadro 3 - Estudos sobre TCA antes e após a cirurgia bariátrica (continuação)

Busetto et al. (2005)	379 pacientes (130 com TCA e 249 sem TCA) que se submeteram a banda gástrica laparoscópica	Avaliar os resultados 5 anos após a cirurgia bariátrica de pacientes com TCA e pacientes sem compulsão para determinar se estes pacientes poderiam obter a mesma taxa de perda de peso após a cirurgia	Entrevistas baseadas nos critérios de diagnósticos propostos pelo DSM-4	Não houve diferença significativa na porcentagem de perda de peso entre os dois grupos em nenhum momento após a cirurgia. A porcentagem de perda de peso >50% foi de 23,1% em pacientes com TCA 25,7% naqueles sem TCA. Apresentaram reganho de peso 20,8% de pacientes com TCA e 22,5% de paciente sem TCA
Scholtz et al. (2007)	29 pacientes operados entre abril de 1997 e junho de 2000 (todas mulheres)	Avaliar os preditores psicológicos da cirurgia bariátrica em curto, médio e longo prazo	Os dados foram coletados através de prontuários dos pacientes e de entrevistas semiestruturadas	Os resultados mostraram que 41% dos pacientes apresentaram transtorno da compulsão alimentar antes da cirurgia. Mais de um terço dos pacientes foram diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos no momento da cirurgia, sendo que 17% eram transtorno da compulsão alimentar e quatro pacientes apresentaram TCA no pós-operatório
Colles, Dixon e O'Brien, (2008)	129 (103 mulheres e 26 homens) pacientes gravemente obesas aceitas no programa de cirurgia bariátrica no The Avenue Hospital, em Melbourne	Avaliar as características do TCA, alimentação descontrolada antes e um ano depois da banda gástrica ajustável laparoscópica	Questionários de autorrelato preenchidos antes e um ano após o procedimento	O transtorno da compulsão alimentar foi diagnosticado em 14% dos participantes no início do estudo e 3,1% 12 meses após a cirurgia
Chao et al. (2016)	141 pacientes recrutados no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital da Universidade da Pensilvânia (de 09/2005 a 12/2008)	Examinar se o transtorno da compulsão alimentar (TCA) pré-operatório atenua a perda de peso 24 meses após a cirurgia	Questionário de autorrelato (EDE)	59 pessoas eram pós-cirúrgicos e não tinham o diagnóstico de TCA e 33 tinham TCA previamente à cirurgia bariátrica. Pacientes com diagnóstico pré-operatório de TCA perderam significativamente menos peso 2 anos após a cirurgia do que os indivíduos que estavam livres de TCA antes da cirurgia. Dos pacientes que estavam livres de TCA antes da cirurgia, nenhum preenchia os critérios do DSM-5 para esse transtorno nas avaliações de acompanhamento de 1 ou 2 anos.
Appel et al. (2016)	32 pacientes (24 mulheres e 8 homens) submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica	Examinar se o estilo de apego dos pacientes pode influenciar o resultado cirúrgico	Questionários: qualidade de vida (BAROS) e autoestima (SES)	Nenhum dos pacientes participantes sofria de TCA

Nos estudos utilizados neste trabalho, a amostra variou de 24 a 2.266 pacientes. Apenas um estudo, feito por Wadden et. al (2011), não quantificou a amostra estudada. A maioria dos estudos obtidos foram conduzidos com homens e mulheres, sendo que apenas dois estudos foram feitos apenas com mulheres (LATNET et al., 2004; SCHOLTZ et al., 2007) e seis não separaram a amostra por sexo (BUSETTO et al., 2005; CHAO et al., 2016; FUJIOKA et al., 2008; HORVATH et al., 2015; HSU BETANCOURT SULLIVAN, 1996; WADDEN et al., 2011).

A porcentagem de mulheres em relação ao total de participantes variou de 65,1% a 100%. A SBCBM comenta este fato mostrando que 70% dos pacientes que recorrem a cirurgia bariátrica como tratamento para a obesidade são mulheres. Isso pode ser explicado por fatores culturais, já que mulheres tendem a se importar mais com a questão estética e a piora da qualidade de vida relacionada ao aumento de peso. Nos homens, a obesidade é mais tolerada pela sociedade como um todo. Além disso, pessoas do sexo feminino costumam ir com mais frequência às consultas médicas preventivas, detectando precocemente a obesidade, sendo informadas sobre as possibilidades de tratamento. Já os homens tendem a procurar o tratamento quando o quadro é mais grave e já está instalado há mais tempo. Desta forma, a cirurgia bariátrica pode ser utilizada como um recurso para alcançar estes padrões desejados.

O estudo de Castro et al. (2010) teve como objetivo analisar o discurso de mulheres obesas submetidas à cirurgia bariátrica sobre sua trajetória, para testar a hipótese de que mulheres que se submetem à cirurgia bariátrica costumam associar a redução do peso corporal à realização pessoal e profissional, tornando secundária, portanto, a questão da saúde. Segundo os resultados as principais motivações para a realização da cirurgia foram a estética e a saúde. Das 20 mulheres entrevistadas 45% foram motivadas pela saúde e 45% pela estética e 10% por ambos motivos.

Andrade, Viana e Silveira (2006) afirmam que os transtornos alimentares são mais prevalentes em adolescentes e adultos jovens, de todos os grupos étnicos, sendo aproximadamente dez vezes mais comuns em mulheres do que nos homens. Um estudo realizado por Sánchez- Johansen et al. (2003) com o objetivo de examinar a compulsão alimentar e comportamentos alimentares em uma amostra de 210 mulheres de diversas etnias, indicou que não existem diferenças significativas entre

mulheres brancas e de outras etnias, ou seja, mulheres brancas e de outras etnias têm a mesma probabilidade de apresentar TCA. No entanto, mulheres brancas eram mais velhas e estavam acima do peso por menos anos do que as de outras etnias.

A porcentagem de pacientes com TCA previamente à cirurgia bariátrica variou de 3,8% a 48,3%, enquanto após a cirurgia variou de 0% a 49,3%. De acordo com Appolinário (2004), a prevalência de TCA na população geral pode variar de 1,5 a 5%, mas em amostras clínicas de pacientes obesos varia de 7,5 a 30%. Em contraste com a maior parte dos estudos utilizados, Appel et al. (2016) encontrou que nenhum dos candidatos à cirurgia bariátrica sofria de TCA em uma amostra de 32 pacientes. Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) afirmam que a prevalência de compulsão alimentar na população obesa mórbida é de 1/3 à metade. Fandiño et al. (2004) afirmam que a compulsão alimentar é uma doença psiquiátrica frequentemente encontrada na população pré-operatória de cirurgia bariátrica, devido a sua associação com a obesidade.

A coleta dos dados dos artigos selecionados foi feita principalmente através de entrevistas e questionários de autorrelato. Os questionários utilizados foram: QEWP e sua forma revisada QEWP-R, EDE-Q, Formulário LABS-2 Behavior autoadministrado, Binge Eating Scale (BES). Os questionários foram: Three-Factor Eating Questionnaire, BAROS e EDE. As entrevistas foram baseadas nos critérios diagnósticos do DSM-4 ou do DSM-5.

Devido à mudança dos critérios diagnósticos do DSM-4 para o DSM-5 foi possível observar que houve diferença de quantidade de pessoas diagnosticadas com TCA dependendo do DSM utilizado. Em um estudo realizado por Vinai et al. (2015) com 118 obesos mórbidos em busca da cirurgia bariátrica, os resultados apontaram que 43 mulheres e 14 homens foram afetados pelo TCA seguindo os critérios do DSM 5, mas de acordo com os critérios do DSM-4, a quantidade de pessoas diminuiu para 22 mulheres e 2 homens.

Um estudo comparou dois instrumentos de autorrelato (QEWP-R e EDE-Q) para avaliar TCA em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. De acordo com os resultados, ambos os instrumentos identificam o paciente com TCA. No entanto, uma porcentagem maior de pessoas foi identificada pelo QEWP-R do que pelo EDE-Q (ELDER, 2006).

Já Krajinovic et al. (2007) compararam a diferença entre instrumento de autorrelato (EDE-Q) e entrevista (EDE). Os instrumentos apresentaram concordância moderada na identificação do TCA, no entanto as pontuações do questionário foram significativamente maiores do que os da entrevista, dado que corrobora com o estudo de Allison et al. (2006), em que 15,7% dos pacientes autorrelataram TCA de acordo com os critérios do DSM-4 e destes apenas 4,2% foram classificados com TCA pela entrevista.

É consenso que existe uma dificuldade no diagnóstico do TCA, principalmente, em pacientes com obesidade, candidatos a cirurgia bariátrica (ALISON et al., 2006; HSU et al., 2002; ZWAAN et al., 1993). Sansone et al. (2008) discutem que a baixa prevalência de indivíduos com TCA não permitiu realizar análises comparativas com aqueles sem TCA. Os autores afirmam que os participantes podem ter hesitado em reconhecer comportamentos compulsivos por medo de ter a cirurgia negada e concluíram em seu estudo que a baixa prevalência de TCA apresentada pode estar relacionada com o autorrelato e que esta pode ser uma limitação. Alison et al., (2006) descrevem que, apesar da taxa de TCA por autorrelato ser semelhante a descrita na literatura, a baixa taxa de diagnósticos baseados na entrevista pode estar relacionada com a conscientização das implicações do processo de seleção psicológica dos pacientes e por medo de serem excluídos da cirurgia.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), quadros de transtornos psiquiátricos não controlados são uma contraindicação para cirurgia bariátrica, desta forma, o TCA pode contraindicar o procedimento cirúrgico. No entanto, ao observar os resultados de alguns dos estudos sobre TCA no pré e pós-operatório seis estudos de mostram que houve uma redução da prevalência do TCA após a cirurgia bariátrica (COLLES; DIXON; O'BRIEN, 2008; HSU; BETANCOURT; SULLIVAN, 1996; LATNER et al., 2004; POWERS et al., 1999; SCHOLTZ et al., 2007; SMITH et al., 2019).

Hsu, Betancourt e Sullivan (1996) realizaram um estudo com 24 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Allegheny (Pensilvânia), mostrando que 37,5% dos pacientes apresentavam TCA antes da cirurgia, mas após o procedimento cirúrgico, os critérios de TCA não se encaixavam mais a nenhum paciente. Os autores atribuem isso ao fato de que a cirurgia restringe propositalmente a quantidade de comida que se pode comer, tornando difícil a ingestão de grandes quantidades de alimentos. No

entanto, no mesmo estudo, 20,8% dos pacientes relataram perda do controle durante a alimentação após a cirurgia. Essa mesma perda do controle ao comer também foi observada no estudo de Smith et al. (2019), em que 9,2% dos pacientes relataram remissão do TCA após a cirurgia bariátrica, porém, destes pacientes, 46,6% relataram a perda do controle ao comer.

O sucesso da cirurgia bariátrica é avaliado através de acompanhamento periódico após a intervenção, que deve incluir a análise de perda de peso, mudanças nas comorbidades, qualidade de vida, ocorrências de complicações e reoperações. Sendo a perda de peso um dos principais parâmetros para definir o sucesso da cirurgia bariátrica, considera-se como critério para essa avaliação uma porcentagem de perda de pelo menos 50% do excesso de peso com a manutenção ponderal ao longo dos anos (BARROS et al., 2015). Powers (1999), em sua pesquisa, avaliou que a taxa de perda de peso para todos os pacientes estudados foi maior nos primeiros seis meses.

Em relação ao peso, sete estudos demonstraram que os indivíduos com TCA foram igualmente bem sucedidos em relação à perda de peso de pacientes sem TCA (BOCCHIERI-RICCIARDI et al., 2006; Busetto et al., 2005; FUJIOKA et al., 2008; IVEZAJ et al., 2018; LATNET et al., 2004; POWERS et al., 1999; WADDEN et al., 2011).

Confirmando o achado anterior, Busetto et al. (2005) afirmam que pacientes com TCA podem ter bons resultados de perda de peso após a cirurgia e que não existem razões suficientes para excluir estes indivíduos do processo de seleção de candidatos do procedimento cirúrgico. Os achados de Bocchieri-Ricciardi (2006), Latner et al. (2004), Wadden et al. (2011) e Fujioka et al. (2008) também mostraram que indivíduos com e sem TCA podem ter os mesmos benefícios com a cirurgia em termos de perda de peso. Os autores afirmam, então, que o diagnóstico de TCA pré-cirurgia não deve contra indicá-la. Hsu; Betancourt e Sullivan (1996) sugerem que a cirurgia é bem sucedida para perda de peso, no entanto, não apresenta sucesso sem alterar o comportamento alimentar e não melhora o status psiquiátrico.

Por outro lado, sete outros estudos evidenciaram que o diagnóstico de TCA pré-cirúrgico está associado a piores resultados de perda de peso após a cirurgia

(BURGMER et al., 2005; CHAO et al., 2016; COLLES; DIXON; O'BRIEN, 2008; KOFMAN; LENT; SWENCIONIS, 2010; MAREK et al., 2017 e SALLET et al., 2007).

Em um estudo feito por Sallet et al. (2007) observou-se que após um ano de acompanhamento depois da cirurgia bariátrica, o grupo de pacientes sem TCA não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo com TCA em relação à perda de peso. Porém, dois anos após a cirurgia, pacientes sem TCA apresentaram uma porcentagem de perda de peso maior que o grupo com TCA.

Colles; Dixon e O'Brien (2008) demonstraram que, após a cirurgia, o grupo com TCA obteve uma perda de peso menor quando comparado ao restante do grupo. O mesmo foi observado por Chao et al. (2016), que constataram que pacientes pré-operatórios com TCA perderam significativamente menos peso anos após a cirurgia, em relação à indivíduos que estavam livres de TCA antes da cirurgia. Os participantes com TCA perderam 18,6% do peso basal no segundo ano, enquanto sem esse transtorno perderam 23,9%. Burgmer et al. (2005) relatam, ainda, que pacientes com TCA no pré-operatório têm uma menor perda de peso no pós-operatório.

Evidenciando este fato, Scholtz et al. (2007) afirmam que o TCA está relacionado a maus resultados no pós-operatório, ressaltando a importância do acompanhamento e monitoramento adequado do estado mental pré-cirúrgico. Wölnerhanssen et al. (2008) mostram em seu estudo que pacientes com TCA tiveram pior prognóstico após a cirurgia quando comparados a pacientes sem TCA. Mitchell et al. (2014) discutem que os pacientes com TCA correm risco de continuar ou de reelaborar o TCA após a cirurgia, ou perder o controle da dieta pós cirurgia, com desfecho não favorável.

A presença de comportamentos alimentares inadequados pode ser um fator determinante para reduzir a eficácia do tratamento cirúrgico, em relação a perda de peso, uma vez, que representam um risco para o reganho de peso por resultarem em uma maior ingestão energética (JESUS et al., 2017).

A manutenção do peso perdido ao longo dos anos também classifica o sucesso do procedimento cirúrgico (BARROS et al., 2015). Estima-se que entre 5 a 60% dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica são reoperados devido a complicações ou a resultados insatisfatórios (DAIGLE et al., 2014). Cinco estudos encontrados

avaliaram o ganho de peso após a cirurgia bariátrica, e mostraram que os pacientes com TCA apresentaram o ganho.

Hsu, Betancourt e Sullivan (1996); Mitchell et al. (2012); Cox e Brode (2018); Muller et al. (2011) demonstram que pacientes com TCA apresentam risco de desenvolver perda de controle ao comer após a cirurgia, fato que pode vir a aumentar o risco de menor perda de peso ou mais ganho de peso.

Segundo Bardal; Ceccatto e Mezzomo (2016) em torno de 50% dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica irão retornar ao seu peso inicial após os cinco anos do procedimento, ressaltando que o principal desafio da cirurgia bariátrica não é a perda de peso e sim a manutenção.

Este dado pode ser explicado pelo fato de que o procedimento cirúrgico demanda uma intensa adesão ao tratamento no período pós operatório, que inclui a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares, sociais, comportamentais, mudanças na imagem corporal entre outras que podem pôr em risco o sucesso da cirurgia (EHRENBRINK; PINTO; PRANDO, 2009).

Horvath et al. (2015) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar e comparar a ingestão alimentar dos candidatos com e sem TCA, utilizando para isso a Dietary Reference Intakes. Pacientes com depressão atual foram mais compulsivos do que aqueles sem depressão e a porcentagem de energia proveniente dos carboidratos foi maior nos pacientes com TCA do que sem TCA. Por outro lado, a porcentagem de gordura total e de gordura saturada proveniente da alimentação foi maior em pacientes sem TCA. A única diferença nos parâmetros antropométricos dos indivíduos com e sem TCA foi a circunferência média do braço, sendo que os pacientes com TCA apresentaram circunferência maior, sugerindo maior percentual de massa gorda. A presença de TCA não foi associada a diferentes ingestões de macronutrientes e a ingestão de calorias foi grande e semelhante em ambos grupos. A ingestão de certos micronutrientes foi deficiente e similar nos dois grupos.

Um estudo realizado por Ivezaj et al. (2018) em uma amostra de pacientes pós cirurgia bariátrica, verificou que os pacientes com diagnóstico de TCA se assemelhavam com o grupo de indivíduos sobrepeso/obesos sem TCA em relação à psicopatologia geral do transtorno alimentar e sintomas depressivos. O grupo com

TCA pós cirurgia bariátrica apresentou maiores preocupações com a alimentação em relação aos outros grupos. Esses resultados fornecem suporte para que o TCA em pacientes bariátricos seja muito parecido com o TCA em indivíduos que não se submetem à cirurgia. Outro estudo do mesmo autor, porém realizado em 2017, mostrou que, quando comparado ao grupo de pessoas com perda do controle ao comer, o grupo de pós-bariátricos com TCA teve escores globais de restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com o peso e preocupação com a forma significativamente maiores e menor percentual de perda de peso em seis meses após a cirurgia. Análises também mostraram que o grupo de pós-bariátricos com TCA era significativamente mais propenso a relatar comer rapidamente, comer quando não estava fisicamente faminto, e sentir nojo, deprimido ou muito culpado por episódios de perda do controle ao comer do que o grupo somente com perda do controle ao comer.

Um estudo feito por Mitchell et al. (2015) demonstrou que o TCA pode ser um fator de risco para comorbidades médicas, incluindo componentes da síndrome metabólica, em candidatos à cirurgia bariátrica gravemente obesos. Houve também uma probabilidade estatisticamente maior de níveis glicêmicos em jejum, altos níveis de triglicérides e incontinência urinária, mas menores chances de limitações severas na deambulação e do IMC.

A qualidade de vida é multifatorial e subjetiva, ela depende da percepção dos indivíduos no contexto cultural, o que inclui seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Desta forma pacientes com TCA podem apresentar piores resultados em relação a qualidade de vida uma vez que apresentam mais preocupações com alimentação, peso e forma corporal.

De acordo com Barros et al. (2013), a melhoria da qualidade de vida é um benefício importante vivenciado pelos indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica, tendo em vista que abrange uma variedade de atividade e sentimentos. Alguns estudos relacionaram o estado emocional, físico e social em pacientes com TCA, concluindo que o comportamento alimentar e a psicopatologia geral acarretam em um impacto negativo no bem estar físico e emocional. (COSTA; PINTO, 2015; FABRICATORE et al., 2006; HSU et al., 2002 e ZWAAN et al., 2002) Confirmando esses achados, Gordon, Kaio e Sallet (2011) apontam que a presença do TCA antes

e/ou depois da cirurgia está associada a pior qualidade de vida e persistência de sentimento de perda do controle relacionados à alimentação.

Estes achados reforçam a importância do acompanhamento multiprofissional para o paciente antes e após cirurgia bariátrica, para que seja dado todo o suporte necessário a esses indivíduos, desde de mudanças dos hábitos alimentares até questões relacionada a qualidade de vida, sendo que a atenção deve ser ainda mais acentuada quando se trata de pacientes pós cirúrgico que apresentam o TCA.

6 CONCLUSÃO

Observou-se a existência de TCA em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica tanto no pré como no pós-operatório. A presença desta doença pode acarretar em piores resultados no pós-operatório, no entanto este não deve ser um fator determinante para excluir essa população do tratamento cirúrgico, ainda que estes pacientes possam apresentar uma perda de peso menor do que aqueles sem TCA, uma vez que a cirurgia bariátrica pode reduzir a prevalência de transtorno da compulsão alimentar após a cirurgia.

O reconhecimento e o tratamento do TCA precoce em pacientes que recorrem ao tratamento cirúrgico possibilita que esses indivíduos tenham melhores resultados no pós-operatório. Além disso, o acompanhamento multiprofissional desses pacientes se faz extremamente necessário em todas as etapas do tratamento cirúrgico.

Novos estudos são necessário para avaliar os benefícios da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade em indivíduos com transtorno da compulsão alimentar, pois tais descobertas podem contribuir para a decisão clínica dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÓMEZ, Leandra et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p.2627-2642, dez. 2017.

ALLISON, Kelly C. et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. **Obesity**, v. 14, n. S3, p. 77S-82S, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925341>>. Acesso em 27 mar. 2019.

ALMEIDA, Graziela A Nogueira de et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 3, p.226-231, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v24n3/a09v24n3.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ARTMED, 2002, 4a. ed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Archives Of Clinical Psychiatry**, v. 33, n. 2, p.43-54, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003>. Acesso em: 20 abr. 2019.

APPEL, Johanna et al. Die Bedeutung des Bindungsstils für den Erfolg bariatrischer Operationen – Eine Pilotstudie. **Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, v. 66, n. 12, p.465-472, 6 dez. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923254>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

APPOLINARIO, José Carlos. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p.75-76, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a02v26n2.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.

BARDAL, Adriane Granato; CECCATTO, Vanessa; MEZZOMO, Thais Regina. Fatores de risco para recidiva de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, v. 26, n. 4, p.1-7, 11 nov. 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5716554>>. Acesso em: 29 abr. 2019

BARROS, Livia Moreira et al. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 5, p. 1365-1375, 2013. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=34013&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BARROS, Livia Moreira et al. Assessment of bariatric surgery results. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p.21-27, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100021&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 29 abr. 2019

BRASIL (2017). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicações para cirurgia bariátrica**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL (2005). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Obesidade e desnutrição**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2018

BOCCHIERI-RICCIARDI, Lindsey E. et al. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. **Obesity surgery**, v. 16, n. 9, p. 1198-1204, 2006.

BORGES, Maria Beatriz Ferrari et al. Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p.319-322, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400012>. Acesso em: 07 maio 2019.

BUSETTO, Luca et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. **Obesity Surgery**, v. 15, n. 2, p. 195-201, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802061>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

BURGOS, Goretti. **Nutrição em Cirurgia Bariátrica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. 263 p.

BURGMER, Ramona et al. The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. **Obesity surgery**, v. 15, n. 5, p. 684-691, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15946461>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

CARVALHO, Maria Cláudia; MARTINS, André. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, p.1003-1012, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400021&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CASTRO, Marcela Rodrigues et al. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. **HU Revista**, v. 36, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/811/328>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COLLES, Susan L.; DIXON, John B.; O'BRIEN, Paul E. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. **Obesity**, v. 16, n. 3, p. 615-622, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239603>>. Acesso em: 26 mar. 2019

COSTA, Ana Júlia Rosa Barcelos; PINTO, Sônia Lopes. Binge Eating Disorder And Quality Of Life Of Candidates To Bariatric Surgery. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. São Paulo, v. 28, supl. 1, p. 52-55, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000600052&lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2017.

COX, Stephanie; BRODE, Cassie. Predictors of Binge Eating among Bariatric Surgery Candidates: Disinhibition as a Mediator of the Relationship Between Depressive Symptoms and Binge Eating. **Obesity Surgery**, v. 28, n. 7, p.1990-1996, 7 fev. 2018.

CHAO, Ariana M. et al. Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results. **Obesity**, v. 24, n. 11, p.2327-2333, 12 set. 2016.

DAMASO A, TOCK L. Obesidade - perguntas e respostas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

DA SILVA, Guidélia Aparecida; LANGE, Elaine Soares Neves. Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 60, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19779>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

DAIGLE, Christopher R. et al. Desfechos de um terceiro procedimento bariátrico por perda inadequada de peso. **Revista da Sociedade de Cirurgiões Laparoendoscópicos**, v. 18, n. 3 de 2014. disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4208900/>>. Acesso em: 01 maio 2019.

DE JESUS, Aline Dantas et al. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 63, p. 187-196, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125029>>. Acesso em: 29 abr. 2019

DE SOUZA, Magda Garcia et al. A importância da intervenção multidisciplinar no tratamento da obesidade mórbida considerando o acompanhamento nutricional pré e pós cirúrgico. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 12, 2012.

DE ZWAAN, Martina et al. Características de pacientes obesos mórbidos antes da cirurgia de bypass gástrico. **Psiquiatria Abrangente**, v. 44, n. 5, p. 428-434, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14505305>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

DE ZWAAN, Martina et al. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. **Obesity Research**, v. 10, n. 11, p. 1143-1151, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12429878>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

DAHL, Jens K. et al. Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a comparison between patients with and without eating disorders. **Eat Weight Disord.** v. 15, n. 4, p.247-255, dezembro 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406948>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

EHRENBRINK, Petra Paim; PINTO, Elzimar E. Peixoto; PRANDO, Fernanda Loureiro. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092009000100006&script=sci_abstract&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092009000100006&script=sci_abstract&tlng=enhttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092009000100006&script=sci_abstract&tlng=en)> Acesso em: 29 abr. 2019.

ELDER, Katherine A. et al. Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. **Behaviour Research And Therapy**, v. 44, n. 4, p.545-560, abr. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15993381>>. Acesso em: 24 abr. 2019

FABRICATORE, Anthony N. et al. Self-reported eating behaviors of extremely obese persons seeking bariatric surgery: A factor analytic approach. **Obesity**, v. 14, n. S3, p. 83S-89S, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925340>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p.47-51, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

FRAZÃO, Ana Teresa Cerdeira. **Fatores Preditivos para o Reganho de Peso após Bypass Gástrico em Y-de-Roux**.2017. 28 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2017. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/110196/2/243542.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

FUJIOKA, Ken et al. Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 2, p. 137-143, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18359454>>. Acesso em 27 mar. 2019

GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. et al. **CIRURGIA DA OBESIDADE**. São Paulo: Atheneu, 2006. 327 p.

GORDON, Pedro C.; KAIO, Glauber H.; SALLET, Paulo C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Rev Psiq Clín**, v. 38, n. 4, p.148-154, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a07v38n4.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

HORVATH, Jaqueline Driemeyer Correia et al. Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder. **Eating Behaviors**, v. 19, p.173-176, dez. 2015.

HSU, L. K. G. et al. Binge eating disorder in extreme obesity. **International journal of obesity**, v. 26, n. 10, p. 1398, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12355338>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

HSU, LK George; BETANCOURT, Sergio; SULLIVAN, Sean P. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 19, n. 1, p. 23-34, 1996. Disponível em: <>. Acesso em: 31 mar. 2019.

IVEZAJ, Valentina et al. Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. **Surgery For Obesity And Related Diseases**, v. 13, n. 3, p.392-398, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357454/>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

IVEZAJ, Valentina et al. Loss-of-control eating after bariatric/sleeve gastrectomy surgery: Similar to binge-eating disorder despite differences in quantities. **General Hospital Psychiatry**, v. 54, p.25-30, set. 2018.

KOFMAN, Michele D.; LENT, Michelle R.; SWENCIONIS, Charles. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. **Obesity**, v. 18, n. 10, p.1938-1943, out. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2010.27>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20168309>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

KRAJINOVIC, Ljubica et al. Erfassung der Psychopathologie von Essstörungen bei adipösen Patienten vor Magenbandoperation: Interview oder Selbstbeurteilungsverfahren?. **Psychosomatik- Medizinische Psychologie**, v. 57, n. 06, p. e20-e27, 2007. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com>>. Acesso em 29 abr. 2019

LATNER, Janet D. et al. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. **Obesity research**, v. 12, n. 6, p. 956-961, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229335>>. Acesso em 29 mar. 2019.

LEAHEY, Tricia M.; CROWTHER, Janis H.; IRWIN, Sharon R. A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 15, n. 4, p. 364-375, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S107772290800103X>>. Acesso em 07 mar. 2019

LEMONT, Diane et al. **Suggestions for the Pre-Surgical Psychological Assessment of Bariatric Surgery Candidates**.2004. Disponível em: <<http://s3.amazonaws.com/publicASMBS/GuidelinesStatements/Guidelines/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2019.

MARCELINO, Liete Francisco; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4767-4776, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011001300025&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 22 jan. 2019.

MAREK, Ryan J. et al. Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. **Surgery For Obesity And Related Diseases**, v. 13, n. 3, p.514-521, mar. 2017.

MITCHELL, James E. et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. **International Journal Of Eating Disorders**, v. 48, n. 2, p.215-222, 9 abr. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22275>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192110/>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MITCHELL, James E. et al. Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. **International Journal Of Eating Disorders**, v. 48, n. 5, p.471-476, 16 mar. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980070/>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MITCHELL, James E. et al. Psychopathology before surgery in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-3 (LABS-3) Psychosocial Study. **Surgery For Obesity And Related Diseases**, v. 8, n. 5, p.533-541, set. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920965>>. Acesso em: 26 mar. 2019

MÜLLER, Astrid et al. Binge Eating and Temperament in Morbidly Obese Prebariatric Surgery Patients. **European Eating Disorders Review**, v. 20, n. 1, p.91-95, 27 jul. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.1126>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21796735>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

OLIVEIRA, Verenice Martins de; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p.201-204, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22409.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out. 2004. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/13482>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

POWERS, Pauline S. et al. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 25, n. 3, p. 293-300, 1999. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10191994> >. Acesso em 31 mar. 2019

REIS, Erika Cardoso dos; PASSOS, Sonia Regina Lambert; SANTOS, Maria Angelica Borges dos. Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p.109-207, 25 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605010&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2018.

REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 6, p.633-635, dez. 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000600001>. Acesso em: 11 out. 2018.

SALLET, Paulo C. et al. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v. 17, n. 4, p. 445, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608254>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SÁNCHEZ-JOHNSEN, Lisa AP et al. Binge eating and eating-related cognitions and behavior in ethnically diverse obese women. **Obesity research**, v. 11, n. 8, p. 1002-1009, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917506>>. Acesso em 30 mar. 2019

SANSONE, Randy A. et al. The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. **Eating Behaviors**, v. 9, n. 2, p. 197-202, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18329598>> Acesso em 27 mar. 2019.

SCHOLTZ, Samantha et al. Long-term outcomes following laparoscopic adjustable gastric banding: postoperative psychological sequelae predict outcome at 5-year follow-up. **Obesity surgery**, v. 17, n. 9, p. 1220-1225, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074498>>. Acesso em 27 mar. 2019.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p.68-72, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2018.

SILVA, Ana Flávia de Sousa et al. “A magreza como normal, o normal como gordo”: reflexões sobre corpo e padrões de beleza contemporâneos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 4, p.808-813, 20 set. 2018. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3296>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2015) – História da cirurgia bariátrica no Brasil. Disponível em: <http://www.sbcb.org.br/>. Acessado em: 5 mar. 2019.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017) **Técnicas cirúrgicas**. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas/>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SMITH, Kathryn E. et al. Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, 28 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30820886>>. Acesso em: 5 abr. 2019.

VENZON, Clarissa Nesi; ALCHIERI, João C. Indicadores de compulsão alimentar periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-249, 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633341>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

VIGITEL. Brasil 2017: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico: Estimativas Sobre Frequência E Distribuição Sociodemográfica De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Nas Capitais Dos 26 Estados Brasileiros E No Distrito Federal Em 2017. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

VINAI, Piergiuseppe et al. Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. **Eating Behaviors**, v. 16, p.1-4, jan. 2015.

WADDEN, Thomas A. et al. Binge Eating Disorder and the Outcome of Bariatric Surgery at One Year: A Prospective, Observational Study. **Obesity**, v. 19, n. 6, p.1220-1228, 20 jan. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21253005>>. Acesso em: 29 mar. 2019.

WÖLNERHANSEN, Bettina K. et al. Predictors of outcome in treatment of morbid obesity by laparoscopic adjustable gastric banding: results of a prospective study of 380 patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 4, p. 500-506, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18586562>>. Acesso em: 27 mar. 2019

ZWAAN, Martina de et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. **Surgery For Obesity And Related Diseases**, v. 6, n. 1, p.79-85, jan. 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728909006194>>. Acesso em: 07 mar. 2019.