CRISTIANE EVANGELISTA MACHADO

**Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à
cirurgia bariátrica**

**Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

**Área de concentração: Cirurgia do Aparelho Digestivo
Orientador: Prof. Dr. Bruno Zilberstein**

**São Paulo
2008**

*Aos meus pais,
exemplos de responsabilidade
e persistência,
de doação e amor,
dedico este trabalho na certeza
de que são eles meus maiores
Mestres*

Agradecimentos

À minha família, pela transmissão de valores que contribuíram para minha avidez e fascínio por conhecimento. Aos meus pais agradeço o apoio e amor incondicionais. Ao meu irmão, por me levar à reflexão constante de minhas escolhas.

Ao Prof. Dr. Bruno Zilberstein, orientador desta dissertação, agradeço a paciência, interesse e disponibilidade em estabelecer uma comunicação entre psicóloga e médico ao longo da realização deste estudo.

À Marlene Monteiro, psicóloga dedicada ao estudo e prática da psicologia, através de nossas reuniões de supervisão e pesquisas, suscitou vários questionamentos que me levaram a ingressar neste programa de pós-graduação.

À Ciza Vilhena prof. da Puc-SP, Fantina, prof. aposentada da Puc-Campinas, Adriana Bruscato, responsável pela análise estatística deste estudo, das quais não obtive apenas orientações metodológicas, mas apreendi qualidades essenciais ao bom professor: interesse, respeito, disponibilidade, consideração.

Aos colegas da Secretaria do Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo e do Serviço de Pós-Graduação, agradeço a atenção dedicada ao esclarecimento das normas e burocracias.

Aos excelentíssimos membros da banca de qualificação e defesa, pelas informações e contribuições oferecidas.

Às queridas amigas Sabrina e Rafaela, agradeço a ajuda direta e efetiva, a disponibilidade, atenção e presença constante.

Aos amigos de longa data, que há muito acompanham e incentivam a conquista deste objetivo. Aos amigos feitos nesta escola, com quem divido dúvidas e certezas, angústias e alegrias, experiências e histórias.

Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação.

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia A. L. Freddi, Maria F. Crestan, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2º ed. São Paulo. Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Resumo

Summary

1 – INTRODUÇÃO	01
2 – OBJETIVOS	07
2.1 – Geral	07
2.2 – Específicos	07
3 – MÉTODOS	08
3.1 – Casuística	08
3.2 – Critérios de Exclusão	08
3.3 – Instrumentos de Avaliação Psicológica	09
3.3.1 – Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister	09
3.3.2 – Considerações sobre o Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister	12
3.3.3 – Entrevista Semi-Estruturada	12
3.4 – Análise de Dados	13
3.5 – Análise Estatística	14
4 – RESULTADOS	15
4.1 – Resultados do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister	17
4.2 – Resultados da Entrevista	20
5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
5.1 – Análise do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister	22
5.2 – Análise da Entrevista	30
6 – DISCUSSÃO	36
7 – CONCLUSÕES	48
8 – ANEXOS	51
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

Lista de Abreviaturas

IMC – Índice de Massa Corporal

DSM – IV – TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4º ed.
Texto Revisado

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

et al. – e colaboradores

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da população	15
Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes à variação do IMC e recuperação de peso	16
Tabela 3 – Distribuição dos dados referentes às formas das pirâmides	17
Tabela 4 – Distribuição dos dados referentes às cores azul, vermelha, violeta e amarela	18
Tabela 5 – Distribuição dos dados referentes às cores branca, preta e à dupla de cores marrom e preta	19
Tabela 6 – Distribuição dos dados referentes a hábito beliscador, preferência alimentar e excessos	20
Tabela 7 – Distribuição dos dados referentes a motivos atribuídos aos episódios compulsivos, respostas compensatórias e satisfação	21

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Dados referentes à organização emocional.....	22
Gráfico 2 – Dados referentes ao risco de compulsão.....	23
Gráfico 3 – Dados referentes à capacidade de controle e adaptação.....	24
Gráfico 4 – Dados referentes aos indicadores de impulsividade, agressividade e irritabilidade.....	25
Gráfico 5 – Dados referentes aos indicadores de tensão e ansiedade.....	26
Gráfico 6 – Dados referentes à resposta emocional adaptada ao ambiente.....	27
Gráfico 7 – Dados referentes à fragilidade de estrutura emocional.....	28
Gráfico 8 – Dados referentes aos mecanismos de controle e regulação dos afetos.....	29
Gráfico 9 – Dados referentes ao comportamento beliscador.....	30
Gráfico 10 – Dados referentes à preferência alimentar.....	31
Gráfico 11 – Dados referentes aos excessos cometidos após cirurgia.....	32
Gráfico 12 – Dados referentes aos motivos atribuídos aos episódios compulsivos.....	33
Gráfico 13 – Dados referentes às Respostas Compensatórias.....	34

Resumo

Machado CE. *Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. **63p.**

A obesidade é considerada distúrbio de difícil controle que gera sérios riscos à saúde e representa grave problema para a saúde pública. Os pacientes portadores de obesidade mórbida que apresentam compulsão diferem em vários aspectos dos não compulsivos e a operação, como recurso de tratamento para estes pacientes, influencia diferentemente na sua evolução. Obesidade e compulsão alimentar podem estar associadas em uma relação que compromete o resultado da cirurgia e contribui para complicações pós-operatórias. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar os indícios de compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pela técnica de Fobi-Capella, antes e pelo menos dois anos após a operação. Participaram deste estudo 50 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Destes 43 (86%) eram mulheres e 7 (14%) homens, com idade média de 42,4 anos, IMC inicial médio de 48,5 e tempo médio de seguimento pós-operatório de 36,6 meses. Os pacientes foram submetidos à avaliação psicológica antes e dois a cinco anos após a operação. Os instrumentos utilizados foram o teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister, aplicado antes e após a operação, para identificar indícios de compulsão e entrevista clínica semi-estruturada, aplicada somente no pós-operatório para observar os hábitos alimentares e mecanismos associados à compulsão referidos pelo paciente antes e após a operação. Os dados foram submetidos à análise estatística e pode-se perceber características de compulsão através da identificação de pacientes com estrutura emocional prejudicada, ansiedade, depressão, necessidade de controle, dificuldade na elaboração das emoções, rigidez e busca da comida diante de situações conflitivas, de modo que a diminuição da ingestão alimentar poderia ter contribuído para alterações na estrutura emocional destes pacientes. Observou-se alterações nas preferências alimentares; passaram a comer mais, em intervalos curtos, doces, torradas, bolachas e outros petiscos, de modo que os pacientes permaneceram recorrendo à comida por não encontrarem recursos que favorecessem uma ação adequada e adaptada. A partir da análise dos dados concluiu-se que os pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica apresentam indícios de compulsão alimentar antes e após a operação. A compulsão alimentar estaria relacionada a aspectos psicológicos como dificuldade em organizar emoções, ansiedade, depressão e estrutura emocional prejudicada. Características de impulsividade, controle, rigidez e instabilidade emocional também contribuiriam para a manifestação de episódios compulsivos. Os hábitos e preferências alimentares modificaram-se após a operação, uma vez que os pacientes passaram a consumir alimentos de fácil ingestão frente a situações que os faziam comer compulsivamente, não sendo observado trocas de compulsão.

Descritores: compulsão alimentar, cirurgia bariátrica, avaliação psicológica

Summary

Machado CE. *Influence of bariatric surgery in eating behavior of obese patients* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2008. **63p.**

Obesity is considered a disorder that is difficult to control, creates serious health risks and represents a serious problem for public health. Patients with morbid obesity who present compulsiveness differ in several aspects of non-compulsive patients, so the operation, may have a different outcome. Obesity and binge eating may be associated, compromising the outcome of surgery and contributing to postoperative complications. The aim of this study was to analyze the influence of bariatric surgery using Fobi-Capella's technique on compulsive behavior. Fifty patients were studied, 43 (86%) women and 7 (14%) men, with an average age of 42.4 years, an average baseline BMI of 48.5 and an average follow-up time of 36.6 months. The patients were psychologically evaluated before and two to five years after surgery using the Colorful Pyramids of Max Pfister test and semi-structured clinical interviews. Evidence of compulsiveness was observed in patients with emotional disorders, anxiety, depression, controlling attitudes, difficulties in dealing with emotions, stiffness and demand for food in situations of emotional difficulty. Therefore, a decrease in food intake could have contributed to emotional alterations in these patients. Changes in food preferences were also observed. The patients began to eat more sweets, toast, biscuits and other snacks in short intervals, indicating that they were not finding resources to encourage appropriate action. Data analysis suggested that patients with morbid obesity who submitted to bariatric surgery show evidence of binge eating before and after the operation. Binge eating is related to psychological issues such as difficulty organizing emotions, anxiety, depression and a damaged emotional structure. Characteristics of impulsivity, self-control, rigidity and emotional instability also contribute to the onset of compulsive episodes. Habits and food preferences changed after the operation. The patients began consuming foods that were easier to ingest (eating small amounts throughout the day instead of meals) in response to situations that would have stimulated compulsive episodes preoperatively. Transfers or exchanges in compulsive attitudes, such as using drugs, drinking or shopping in excess, were not demonstrated.

Key-words: binge eating, bariatric surgery, psychological evaluation

1 – Introdução

A obesidade é caracterizada por excesso de tecido adiposo resultante do desequilíbrio entre o consumo calórico e a energia gasta. Considerada tema de importantes estudos, representa grave problema para a saúde pública e recebe atenção igual ou maior que a desnutrição. Estudos destacam origem multifatorial complexa que congrega aspectos de ordem psicológica, social, biológica e requer abordagem multidisciplinar para compreensão, diagnóstico e tratamento adequados (Donato et al., 2004, Petribu et al., 2006).

Bernardi et al. (2005) afirma que a obesidade assumiu grandes proporções em países desenvolvidos no século XX e vem aumentando sua incidência em países em desenvolvimento, atingindo todos os níveis socioeconômicos. Caracteriza-se por distúrbio de difícil controle, com altos percentuais de insucesso terapêutico e de recidiva, podendo trazer sérios riscos à saúde, uma vez que é acompanhada de graves comorbidades como hipertensão, diabetes, apnéia obstrutiva do sono entre outras. A obesidade é considerada fator de risco para a compulsão alimentar, de modo que a dinâmica emocional do obeso contribuiria para desencadear o ato compulsivo (Buddeberg-Fischer et al., 1996; Fairburn, 1997). Obesidade e compulsão alimentar podem ter uma relação causal, sendo que a gravidade da compulsão está associada ao grau de obesidade (Coutinho, 2000).

A obesidade pode ser classificada de diversas maneiras, sendo a mais praticada aquela que adota o Índice de Massa Corporal, IMC, correspondente a:

Cálculo IMC	Situação
Entre 18,5 e 24,9	Peso Adequado
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade grau I
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade grau II
40,0 e acima	Obesidade grau III

Nos casos em que este índice é igual ou superior a 35 associado à comorbidades ou superior a 40, a obesidade passa a ter indicação para tratamento cirúrgico.

A obesidade é uma afecção multifatorial e diversos estudos demonstram a associação entre obesidade e compulsão alimentar, apresentando alta incidência na população que busca tratamento para redução de peso (Borges e Jorge, 2000; Freitas et al., 2001; Borges et al., 2002; Matos et al., 2002; Matz et al., 2002; Vitolo et al., 2006). Grande parte dos pacientes obesos que procuram a cirurgia como alternativa terapêutica apresentam episódios recorrentes de comer compulsivo, sem os comportamentos compensatórios característicos da bulimia nervosa.

Define-se compulsão alimentar, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-IV-TR), como a ingestão de quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares, em um período limitado de tempo (aproximadamente 2 horas). A compulsão freqüentemente prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável, ou mesmo dolorosamente repleto e acompanha um sentimento de falta de controle e vergonha. Shalem (1995) complementa a definição com a observação de que os compulsivos optam por alimentos de fácil ingestão como cremes, doces, mesclando estes com salgados, sendo os episódios acompanhados por uma sensação de perda de controle.

Scazufca (1998) define compulsão alimentar como uma “patologia do excesso”, que apresenta características de impulsividade, avidez, violência, repetição e uma dificuldade de se livrar destes atos.

Estudos epidemiológicos demonstram compulsão alimentar em 15% a 50% dos pacientes que buscam tratamento para emagrecer, com tendência 1,5 maior para as mulheres. Em amostra de não-pacientes observou-se índice médio de 2% (APA, 2002; Stefano, 2002; Silva et al., 2003, Azevedo et al., 2004). No Brasil entre os portadores de obesidade que realizam a cirurgia bariátrica a prevalência é de 27% a 47%, porém esta dimensão pode variar, em parte, devido às dificuldades diagnósticas (Azevedo et al., 2004; Sallet et al., 2007).

Cordás (2003) afirma que os pacientes que apresentam compulsão alimentar têm maior frequência de recaídas após o tratamento para a perda de peso, maior comorbidades como depressão, abuso de álcool e drogas, transtornos de personalidade e insatisfação com a imagem corporal quando comparados com obesos-controle. Muitos tratamentos para obesidade não levam em consideração os aspectos sociais e psicológicos e se restringem apenas à manutenção do peso, sem levar em conta os fatores referentes aos episódios de comer compulsivo. Estes episódios estão associados à obesidade e implicam em riscos médicos, nutricionais e psicológicos. Portanto, há a necessidade de que os pacientes sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar.

Na cirurgia bariátrica em que existe redução do estômago, cria-se um componente restritivo, no qual a quantidade de alimentos ingerida é intensamente diminuída, levando a perda de peso duradoura. A limitação imposta pela operação pode representar grande

perigo aos pacientes compulsivos, tornando-se difícil a adaptação à nova condição alimentar.

O padrão de distúrbio alimentar mais descrito entre pacientes obesos é a perda de controle sobre o que e quanto consomem, fator contribuinte para ganho de peso e obesidade (Tanofsky-Kraff et al., 2007; Colles et al., 2008a). Submetidos à cirurgia bariátrica, necessitam compreender a dinâmica associada ao comportamento alimentar e desenvolver novos hábitos, para evitar que outros transtornos ocorram em compensação ao distúrbio alimentar. Cordás (2003) refere estudo com pacientes submetidos à cirurgia restritiva acompanhados por dez anos, encontrando episódios bulímicos em 52% dos casos, transtorno do comer compulsivo em 16% e síndrome do comer noturno em 10%.

Junge (2004) relata evidências de que o estado de humor negativo favoreça episódios de comer compulsivo, sendo que estes parecem aliviar a ansiedade relacionada aos conflitos, além de constituírem uma maneira de deslocar o conflito psíquico para o corpo. Estudos apontam para a existência de um ciclo entre os sintomas de ansiedade, depressão e outros distúrbios emocionais que desencadeiam o ato compulsivo, resultando em sentimentos de culpa, baixa auto-estima e dificuldade no controle dos impulsos (Silva et al., 2003, Espíndola e Blay, 2006; Petribu et al., 2006). Sendo assim, considera-se importante a investigação dos mecanismos utilizados pelo indivíduo obeso submetido à cirurgia bariátrica para lidar com seus estados emocionais, uma vez que a redução do estômago impede a ingestão alimentar excessiva.

Diante destas observações verifica-se a necessidade de identificar a compulsão alimentar antes da operação, a fim de que seja feito um trabalho profilático para evitar futuras complicações. Hsu e cols. (apud Cordás, 2003), referem pesquisa com mulheres

submetidas à cirurgia bariátrica, a qual identificou alterações no comportamento alimentar como bulimia, síndrome do comer noturno e ingestão compulsiva de grandes quantidades de líquidos em 75% dos casos e que, embora a cirurgia tenha obtido sucesso na redução do peso, não foi suficiente para abrandar os transtornos identificados previamente. Concluem que apesar da melhora imediata no comportamento alimentar, pode ocorrer recuperação de peso ao longo dos anos.

O impacto da compulsão alimentar pré-operatória nos resultados da cirurgia é pouco estudado (Bocchieri-Ricciardi et al., 2006, Colles et al., 2008b). Coutinho (2000) alerta para a falta de profissionais treinados para avaliar os transtornos do comportamento alimentar e para a importância de testes psicométricos atualmente disponíveis como ferramenta nesta avaliação. Entretanto Niego et al. (2007) ressalta a dificuldade de investigação da compulsão alimentar após cirurgia bariátrica, devido à falta de instrumentos específicos para avaliar o transtorno neste período. O estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), segundo critérios diagnósticos do DSM-IV, não seria possível no período pós-operatório, uma vez que sintomas como, ingerir grande quantidade de alimento em curto período de tempo, não são observados no paciente submetido à cirurgia bariátrica de Fobi-Capella.

Considerando o grande sofrimento que a compulsão gera e, principalmente, a crescente incidência da obesidade e suas comorbidades, justifica-se o estudo sobre a compulsão alimentar, suas causas, consequências e fatores mantenedores. Isto é particularmente relevante em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, principalmente por exigir adaptação à nova situação anatômica.

Desta forma, foi despertado o interesse em analisar a compulsão alimentar através dos métodos proporcionados pela avaliação psicológica em pacientes portadores de obesidade mórbida antes e pelo menos dois anos após a cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella.

2 – Objetivos

2.1 – Geral

Analisar os indícios de compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pela técnica de Fobi-Capella, antes e pelo menos dois anos após a operação.

2.2 – Específicos

- a) verificar se o paciente apresenta ou não indícios de episódios de compulsão alimentar no pré-operatório;
- b) observar se o paciente apresenta ou não indícios de episódios de compulsão alimentar após pelo menos dois anos de operação;
- c) verificar o modo como o paciente lida com a compulsão no pós-operatório tardio;
- d) verificar possíveis trocas de compulsão.

3 – Métodos

3.1 – Casuística

Foi realizado estudo prospectivo em 50 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella, matriculados no Ambulatório de Obesidade do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Destes 43 (86%) eram mulheres e 7 (14%) homens, com idade média de 42,4 anos (mínima 22 anos e máxima 65 anos) e IMC inicial médio de 48,5 (mínimo 37 e máximo 73), com tempo médio de seguimento pós-operatório de 36,6 meses (mínimo dois anos e máximo cinco anos).

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os pacientes, depois de informados sobre os objetivos do estudo, autorizassem a participação na pesquisa.

(Anexo A)

3.2 – Critérios de Exclusão

Não foram incluídos no estudo os pacientes com menos de dois e mais de cinco anos de seguimento pós-operatório bem como pacientes com comprometimento mental e/ou cognitivo, aos quais a compreensão dos objetivos da pesquisa e dos instrumentos utilizados ficaria comprometida.

3.3 – Instrumentos de Avaliação Psicológica

Os pacientes foram submetidos à avaliação psicológica antes e dois a cinco anos após a operação. Os instrumentos utilizados foram o teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister e entrevista clínica semi-estruturada. O teste foi aplicado antes e após a operação para identificar indícios de compulsão, sendo que a aplicação deste instrumento é rotina do serviço de Psicologia na avaliação psicológica dos candidatos à cirurgia bariátrica. A entrevista clínica foi aplicada somente no pós-operatório para observar os hábitos alimentares e mecanismos associados à compulsão referidos pelo paciente antes e após a operação. Este instrumento foi utilizado apenas no período pós-operatório, pois não constava no momento da avaliação pré-operatória.

A utilização de testes psicológicos caracteriza-se recurso de diagnóstico dos aspectos psicológicos que facilita e orienta o tratamento. Escalas de compulsão alimentar não foram incluídas neste estudo devido à carência de instrumentos adequados à avaliação deste fenômeno após cirurgia bariátrica.

3.3.1 – Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister

O Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister é padronizado para a população brasileira e reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia, considerado válido e fidedigno. Este instrumento utiliza o estudo da forma e cores de pirâmides para identificar aspectos de personalidade. A avaliação é baseada na relação entre cor e estados emocionais.

Consiste em um instrumento de diagnóstico da dinâmica emocional e de habilidades cognitivas. Estudos demonstram correlação com outras técnicas

universalmente reconhecidas, considerando seu valor indiscutível não só como elemento de análise dos aspectos emocionais, como também de fatores intelectuais (Amaral e Amaral, 1959; Marques, 1986). Neste sentido, é considerado importante instrumento no diagnóstico e orientação para prática clínica (Brauer, 1988). Destaca-se a rapidez na aplicação e avaliação dos resultados, além de possibilitar a quantificação e análise estatística dos dados (Brauer, 1979; Amaral et al., 2003).

O teste é simples, de fácil aplicação e compreensão. Compõe-se de três cartelas contendo um esquema de pirâmide, folha de avaliação e mostruário de quadrículos contendo 10 cores subdivididas em diferentes tonalidades, variando de tons claros a escuros. Cada pirâmide possui 15 espaços a serem preenchidos com os quadrículos coloridos (Anexo B). Solicita-se a construção de três pirâmides, utilizando as cores que o indivíduo considere bonitas. Procede-se a anotação das formas das pirâmides e das cores utilizadas. Finalizada a aplicação é realizada a contagem das cores de cada pirâmide para fazer a análise do resultado. A pontuação de cada cor é transformada em porcentagem para que se possa verificar a incidência das cores e classificá-las em baixa (-1), média (0) e alta (1) incidência. As variáveis indicadas por cada cor foram apresentadas neste estudo, respectivamente, em termos de indícios fracos (-1), moderados (0) e fortes (1), dos aspectos revelados pelo teste.

Cada elemento será brevemente explicado, segundo manual do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister, para melhor compreensão deste instrumento.

Formas – indica as possibilidades de controle racional que o indivíduo tem sobre os afetos e emoções. Quanto mais clara a identificação das formas, maiores indícios de estabilidade emocional. Informa ainda sobre características prognósticas.

O aspecto formal das pirâmides é dividido em três grupos, de acordo com o nível de elaboração da forma.

Tapetes – Caracteriza-se uma disposição aleatória das cores, sem nenhum princípio organizador e preocupação com a forma. Indica instabilidade emocional.

Formações – são organizações intermediárias, nas quais as cores são dispostas em camadas na pirâmide. Exigem menor sofisticação dos processos de percepção e processamento da imagem. Portanto, correspondem a um funcionamento cognitivo e emocional igualmente intermediário.

Estruturas – é a forma que possui maior elaboração em sua composição, pois integra o plano vertical e horizontal da pirâmide. As estruturas indicam capacidade emocional para lidar com situações conflitivas.

Cores – As cores do mostruário são azul (AZ), marrom (MA), verde (VD), vermelho (VM), violeta (VI), amarelo (AM), laranja (LA), cinza (CI), branco (BR) e preto (PR).

A avaliação não deve considerar a interpretação isolada de cada variável do teste, mas incluir outros instrumentos e entrevistas em sua investigação. De acordo com Petribu et al. (2006) sempre que possível, os instrumentos devem ser confirmados com uma entrevista clínica.

Ressalta-se que as informações do referido manual são confidenciais e sua utilização é permitida somente para psicólogos com objetivos de diagnóstico e orientação de tratamento. Para aprofundamento no estudo do teste, consultar As pirâmides coloridas de Max Pfister – Villemor-Amaral (2005).

3.3.2 – Considerações sobre o Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister

Estudos sobre a relação entre cor e emoção demonstram que a resposta a um estímulo cromático constitui a base da capacidade de contato e de aproximação afetiva com o meio, de modo que se tem inclinações afetivas por determinadas cores ou tonalidades (Rorschach e Villemor-Amaral apud Villemor-Amaral, 2005).

Segundo Villemor-Amaral (2005) os centros receptores de estímulos visuais estão localizados em estruturas cerebrais semelhantes e próximas às dos centros efetores e receptores das emoções. As impressões produzidas pela cor causam efeitos diferenciados no estado emocional das pessoas.

Barbosa (1989), em estudo com mulheres mastectomizadas, afirma que os aspectos avaliados pelo teste fornecem informações sobre a estrutura emocional dos sujeitos avaliados.

De acordo com Amaral et al. (2003) o Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister pode contribuir para o diagnóstico de alcoolismo, através do estudo da incidência das cores associado às formas das pirâmides.

3.3.3 – Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista semi-estruturada utiliza questões previamente definidas, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do paciente, a coleta de dados e de outros aspectos não identificados através de testes, além de promover a uniformidade. A aplicação da entrevista semi-estruturada é favorecida, segundo Souza de Lúcia e Quayle (2004), devido à sua simplicidade, facilidade de utilização e possibilidade de coletar material de

diferentes níveis a partir de um roteiro simples de questões, tendo como origem a entrevista clínica.

Neste estudo o roteiro da entrevista abordou inicialmente dados de caracterização dos sujeitos como idade, sexo, tempo de cirurgia e IMC. Em seguida, buscou-se investigar hábitos, atitudes e recursos utilizados para lidar com os estados emocionais relacionados ao comportamento alimentar antes e após a operação (Anexo III).

3.4 – Análise de Dados

Os testes das Pirâmides Coloridas de Max Pfister, aplicados antes e após a operação, foram corrigidos e analisados pela pesquisadora através de avaliação quantitativa dos dados coletados.

Quanto aos dados da entrevista, foram estabelecidas categorias para uniformizar as informações obtidas quanto aos mecanismos referentes à compulsão antes e após a operação. As categorias de análise da entrevista foram hábito beliscador (antes e após a operação), preferência alimentar (antes e após a operação), motivo atribuído aos episódios compulsivos (antes e após a operação), resposta compensatória ao motivo (antes e após a operação), excessos cometidos após a operação e satisfação com o resultado da operação.

Os dados do teste e da entrevista foram submetidos à análise estatística para definir eventuais diferenças quanto aos indícios de compulsão nos períodos estudados.

3.8 – Análise Estatística

Utilizou-se Teste de Proporção (Z) para definir o perfil da população quanto aos indícios de compulsão antes e após a operação, adotando valor $p = 0,05$ de significância estatística.

Foi utilizado o Método Estatístico Kappa para definir as diferenças quanto aos aspectos psicológicos de cada paciente. Este teste promove o estudo de concordância entre as mesmas variáveis avaliadas em momentos diferentes. Apresenta valores estatisticamente significativos divididos em concordância baixa ($K = 0,3$), concordância moderada (K entre $0,3 - 0,7$) e concordância alta ($K = 0,7$), de modo que quanto mais próximo de 0 o valor de K , mais evidente é a mudança, e quanto mais próximo de 1 o valor de K , mais evidente que a população não tenha sofrido alterações.

Foi utilizado o teste Qui-Quadrado para avaliar os dados da entrevista com variáveis categóricas, adotando valor $p = 0,05$ de significância estatística.

4 – Resultados

Tabela 1 – Caracterização da população

A idade, o sexo, o tempo decorrido da realização da operação, dados de peso inicial, menor e atual, altura, IMC inicial, menor e atual estão na Tabela 1.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia Meses	Peso			Altura	IMC		
				Inicial	Menor	Atual		Inicial	Menor	Atual
1	53	F	50	123	68	68	1,52	53,2	29,4	29,4
2	26	F	39	143	82	87	1,76	46,2	26,5	28,1
3	43	F	40	140	72	83	1,55	58,3	30,0	34,5
4	38	F	45	151	96	96	1,64	56,1	35,7	35,7
5	39	F	29	123	79	79	1,7	42,6	27,3	27,3
6	49	F	47	152	104	119	1,63	57,2	39,1	44,8
7	58	M	31	158	70	74	1,69	55,3	24,5	25,9
8	41	F	24	117	79	79	1,64	43,5	29,4	29,4
9	55	F	24	155	81	81	1,55	64,5	33,7	33,7
10	22	F	46	107	68	77	1,68	37,9	24,1	27,3
11	47	F	27	120	61	61	1,62	45,7	23,2	23,2
12	43	M	26	167	94	94	1,71	57,1	32,1	32,1
13	58	F	27	128	79	79	1,67	45,9	28,3	28,3
14	44	F	26	159	101	101	1,49	71,6	45,5	45,5
15	43	F	36	98	64	66	1,63	36,9	24,1	24,8
16	35	F	37	130	72	74	1,62	49,5	27,4	28,2
17	31	M	24	150	83	83	1,83	44,8	24,8	24,8
18	37	F	50	105	59	62	1,56	43,1	24,2	25,5
19	46	F	24	128	71	71	1,64	47,6	26,4	26,4
20	31	F	24	156	86	86	1,76	50,4	27,8	27,8
21	25	F	34	108	59	62	1,56	44,4	24,2	25,5
22	41	F	28	125	63	65	1,53	53,4	26,9	27,8
23	52	F	37	119	84	84	1,52	51,5	36,4	36,4
24	52	F	39	105	74	76	1,5	46,7	32,9	33,8
25	44	F	50	124	76	76	1,6	48,4	29,7	29,7
26	38	F	50	132	64	70	1,67	47,3	22,9	25,1
27	59	F	36	115	67	68	1,5	51,1	29,8	30,2
28	39	M	28	128	88	92	1,65	47,0	32,3	33,8
29	34	F	28	130	70	77	1,65	47,8	25,7	28,3
30	37	M	48	150	72	72	1,71	51,3	24,6	24,6
31	50	F	26	99	64	68	1,54	41,7	27,0	28,7
32	41	F	24	134	85	88	1,68	47,5	30,1	31,2
33	52	F	35	95	55	55	1,49	42,8	24,8	24,8
34	65	F	37	134	89	89	1,63	50,4	33,5	33,5
35	32	F	28	132	75	78	1,73	44,1	25,1	26,1
36	45	F	38	128	64	67	1,62	48,8	24,4	25,5
37	26	F	40	120	80	89	1,69	42,0	28,0	31,2
38	45	F	46	116	72	75	1,68	41,1	25,5	26,6
39	51	F	41	130	74	74	1,58	52,1	29,6	29,6
40	44	F	47	110	62	63	1,54	46,4	26,1	26,6
41	24	F	47	135	78	78	1,8	41,7	24,1	24,1
42	38	F	42	124	71	85	1,69	43,4	24,9	29,8
43	45	F	64	162	79	100	1,49	73,0	35,6	45,0
44	47	F	37	120	76	83	1,7	41,5	26,3	28,7
45	40	F	32	118	70	80	1,62	45,0	26,7	30,5
46	38	M	69	125	66	72	1,66	45,4	24,0	26,1
47	64	F	52	110	70	71	1,7	38,1	24,2	24,6
48	43	F	26	132	67	67	1,66	47,9	24,3	24,3
49	32	F	24	138	88	88	1,65	50,7	32,3	32,3
50	40	M	24	168	86	86	1,86	48,6	24,9	24,9

Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes à variação do IMC e recuperação de peso

A variação entre o IMC inicial e o menor IMC após a operação, a porcentagem de recuperação de peso estão na Tabela 2.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia	Variação de IMC	% de Recuperação de Peso
			Meses	IMC _{inicial} - IMC _{menor}	Patual-Pmenor/P pré x 100
1	53	F	50	23,8	0,0%
2	26	F	39	19,7	3,5%
3	43	F	40	28,3	7,9%
4	38	F	45	20,4	0,0%
5	39	F	29	15,2	0,0%
6	49	F	47	18,1	9,9%
7	58	M	31	30,8	2,5%
8	41	F	24	14,1	0,0%
9	55	F	24	30,8	0,0%
10	22	F	46	13,8	8,4%
11	47	F	27	22,5	0,0%
12	43	M	26	25,0	0,0%
13	58	F	27	17,6	0,0%
14	44	F	26	26,1	0,0%
15	43	F	36	12,8	2,0%
16	35	F	37	22,1	1,5%
17	31	M	24	20,0	0,0%
18	37	F	50	18,9	2,9%
19	46	F	24	21,2	0,0%
20	31	F	24	22,6	0,0%
21	25	F	34	20,1	2,8%
22	41	F	28	26,5	1,6%
23	52	F	37	15,1	0,0%
24	52	F	39	13,8	1,9%
25	44	F	50	18,8	0,0%
26	38	F	50	24,4	4,5%
27	59	F	36	21,3	0,9%
28	39	M	28	14,7	3,1%
29	34	F	28	22,0	5,4%
30	37	M	48	26,7	0,0%
31	50	F	26	14,8	4,0%
32	41	F	24	17,4	2,2%
33	52	F	35	18,0	0,0%
34	65	F	37	16,9	0,0%
35	32	F	28	19,0	2,3%
36	45	F	38	24,4	2,3%
37	26	F	40	14,0	7,5%
38	45	F	46	15,6	2,6%
39	51	F	41	22,4	0,0%
40	44	F	47	20,2	0,9%
41	24	F	47	17,6	0,0%
42	38	F	42	18,6	11,3%
43	45	F	64	37,4	13,0%
44	47	F	37	15,2	5,8%
45	40	F	32	18,3	8,5%
46	38	M	69	21,4	4,8%
47	64	F	52	13,8	0,9%
48	43	F	26	23,6	0,0%
49	32	F	24	18,4	0,0%
50	40	M	24	23,7	0,0%

4.1 – Resultados do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister

Tabela 3 – Distribuição dos dados referentes às formas das pirâmides

Os dados referentes às formas das pirâmides realizadas antes e após a operação estão na Tabela 3.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia Meses	Tapetes		Formações		Estruturas	
				Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
1	53	F	50	1	1	1	0	0	0
2	26	F	39	0	1	1	1	1	0
3	43	F	40	1	1	0	0	0	0
4	38	F	45	1	1	0	0	0	0
5	39	F	29	0	0	1	1	0	0
6	49	F	47	1	0	1	1	0	0
7	58	M	31	1	1	1	0	0	0
8	41	F	24	0	0	1	1	0	0
9	55	F	24	1	1	1	1	0	0
10	22	F	46	0	0	1	1	0	0
11	47	F	27		1		0		0
12	43	M	26	1	1	0	0	0	0
13	58	F	27	0	0	1	1	0	0
14	44	F	26	0	0	1	1	0	0
15	43	F	36	0	1	1	0	0	0
16	35	F	37	1	0	1	1	0	1
17	31	M	24	0	1	1	1	0	0
18	37	F	50	0	1	1	0	0	0
19	46	F	24	1	0	1	1	1	1
20	31	F	24	0	0	1	1	0	1
21	25	F	34	1	0	1	1	0	0
22	41	F	28	1	1	1	1	0	0
23	52	F	37	1	1	0	0	0	0
24	52	F	39	1	1	1	1	1	0
25	44	F	50	0	1	1	0	0	0
26	38	F	50	1	1	0	1	0	0
27	59	F	36	1	1	0	0	0	0
28	39	M	28	1	1	0	0	0	0
29	34	F	28	0	0	1	1	1	1
30	37	M	48	0	0	1	1	0	0
31	50	F	26		1		0		0
32	41	F	24	1	1	0	0	0	0
33	52	F	35	1	1	0	1	1	0
34	65	F	37	0	1	1	1	0	0
35	32	F	28	0	0	1	1	1	0
36	45	F	38	1	1	0	0	0	0
37	26	F	40	1	0	1	1	0	1
38	45	F	46	1	1	1	0	0	0
39	51	F	41	0	0	1	1	1	0
40	44	F	47	1	1	0	1	0	0
41	24	F	47	1	1	1	1	0	0
42	38	F	42	1	1	0	1	0	0
43	45	F	64	0	1	0	0	1	0
44	47	F	37	1	1	0	0	0	0
45	40	F	32	1	0	1	1	0	0
46	38	M	69	0	0	1	1	0	0
47	64	F	52	0	1	1	1	0	0
48	43	F	26	0	0	1	1	0	0
49	32	F	24	1	0	1	1	0	0
50	40	M	24	0	0	1	1	0	0

Legenda da Tabela 3

Tapetes – indica instabilidade emocional

Formações – indica funcionamento cognitivo e emocional intermediário

Estruturas – indica capacidade emocional para lidar com situações conflitivas

1 – sim; 0 – não

Tabela 4 – Distribuição dos dados referentes às cores azul, vermelha, violeta e amarela

Os dados referentes às cores azul, vermelha, violeta e amarela utilizadas na realização das pirâmides antes e após a operação estão na Tabela 4.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia Meses	AZ		VM		VI		AM	
				Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
1	53	F	50	1	0	1	1	0	0	0	0
2	26	F	39	-1	0	1	-1	-1	1	1	0
3	43	F	40	-1	-1	0	0	1	0	0	0
4	38	F	45	-1	1	0	1	1	0	-1	1
5	39	F	29	1	0	0	1	-1	-1	1	1
6	49	F	47	-1	1	1	0	-1	0	0	-1
7	58	M	31	1	0	-1	1	0	1	0	0
8	41	F	24	-1	1	1	1	1	0	0	-1
9	55	F	24	1	0	1	1	0	0	1	1
10	22	F	46	-1	-1	0	-1	-1	0	0	0
11	47	F	27	0	0	0	1	0	0	0	0
12	43	M	26	-1	0	-1	0	0	0	1	0
13	58	F	27	1	1	-1	-1	-1	-1	1	1
14	44	F	26	1	0	0	-1	-1	-1	1	1
15	43	F	36	0	0	0	0	1	0	0	1
16	35	F	37	-1	-1	1	1	-1	0	0	0
17	31	M	24	-1	1	1	-1	-1	0	0	0
18	37	F	50	-1	-1	1	1	1	0	0	1
19	46	F	24	1	0	1	-1	-1	0	0	1
20	31	F	24	1	-1	1	0	-1	1	1	0
21	25	F	34	-1	-1	0	-1	0	-1	1	1
22	41	F	28	-1	0	-1	1	1	-1	0	-1
23	52	F	37	0	0	0	0	0	0	0	0
24	52	F	39	1	1	1	1	0	1	0	1
25	44	F	50	-1	-1	-1	-1	-1	0	0	-1
26	38	F	50	0	0	1	0	0	0	-1	-1
27	59	F	36	0	-1	0	0	-1	0	0	1
28	39	M	28	-1	-1	0	0	0	0	0	0
29	34	F	28	-1	1	-1	1	-1	-1	1	-1
30	37	M	48	0	1	0	1	0	-1	0	1
31	50	F	26	-1	-1	0	1	-1	-1	1	1
32	41	F	24	1	0	-1	-1	-1	-1	-1	0
33	52	F	35	1	1	-1	-1	0	0	1	1
34	65	F	37	-1	0	0	0	1	0	-1	-1
35	32	F	28	0	1	-1	0	1	0	-1	-1
36	45	F	38	0	0	0	1	-1	-1	0	-1
37	26	F	40	1	1	-1	0	1	1	1	-1
38	45	F	46	0	0	0	0	0	1	1	0
39	51	F	41	1	0	-1	0	-1	-1	1	-1
40	44	F	47	-1	0	0	1	0	-1	0	0
41	24	F	47	-1	1	-1	0	0	0	-1	1
42	38	F	42	0	1	0	0	0	-1	1	0
43	45	F	64	-1	-1	0	0	1	0	0	0
44	47	F	37	1	1	0	0	0	0	1	1
45	40	F	32	1	1	1	1	-1	0	-1	-1
46	38	M	69	1	0	-1	-1	-1	-1	1	1
47	64	F	52	0	0	0	-1	0	1	-1	1
48	43	F	26	-1	1	1	0	0	0	-1	0
49	32	F	24	1	-1	-1	0	-1	0	0	1
50	40	M	24	1	-1	-1	1	-1	0	1	1

Legenda da Tabela 4

AZ – cor azul avalia a capacidade de controle e adaptação

VM – cor vermelha avalia extroversão, irritabilidade, impulsividade, agressividade

VI – cor violeta avalia ansiedade e tensão

AM – cor amarela avalia a capacidade de responder adequadamente aos estímulos do ambiente

1 – alta incidência da cor; 0 – média incidência da cor; -1 – baixa incidência da cor

Tabela 5 – Distribuição dos dados referentes às cores branca, preta e à dupla de cores marrom e preta

Os dados referentes às cores branca, preta e associação entre marrom e preta das pirâmides realizadas antes e após a operação estão na Tabela 5.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia	BR		PR		Ma + Pr	
				Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
			Meses						
1	53	F	50	1	1	0	-1	0	0
2	26	F	39	1	1	-1	0	0	0
3	43	F	40	1	1	0	1	1	1
4	38	F	45	0	1	0	0	0	0
5	39	F	29	0	-1	-1	-1	0	0
6	49	F	47	1	1	0	-1	0	0
7	58	M	31	0	1	0	0	0	0
8	41	F	24	1	0	-1	-1	0	0
9	55	F	24	0	0	-1	-1	0	0
10	22	F	46	1	1	1	0	1	1
11	47	F	27	1	1	0	-1	0	0
12	43	M	26	1	1	-1	0	0	0
13	58	F	27	1	-1	-1	-1	0	0
14	44	F	26	1	-1	-1	-1	0	0
15	43	F	36	1	1	0	-1	0	0
16	35	F	37	1	-1	0	0	0	0
17	31	M	24	1	1	0	-1	0	0
18	37	F	50	0	1	0	0	0	0
19	46	F	24	0	1	0	-1	0	0
20	31	F	24	-1	-1	-1	-1	0	0
21	25	F	34	1	-1	0	1	0	0
22	41	F	28	1	1	0	0	0	1
23	52	F	37	1	1	0	0	0	1
24	52	F	39	-1	-1	0	-1	0	0
25	44	F	50	1	0	0	-1	0	0
26	38	F	50	1	1	1	1	0	0
27	59	F	36	1	1	0	0	0	0
28	39	M	28	1	1	1	1	1	0
29	34	F	28	-1	-1	-1	-1	0	0
30	37	M	48	1	-1	1	-1	0	0
31	50	F	26	1	1	-1	-1	0	0
32	41	F	24	1	1	1	1	0	1
33	52	F	35	1	1	0	0	0	0
34	65	F	37	-1	1	-1	-1	0	0
35	32	F	28	0	-1	1	1	0	1
36	45	F	38	1	-1	0	-1	0	0
37	26	F	40	1	-1	-1	-1	0	0
38	45	F	46	1	1	1	1	0	0
39	51	F	41	0	1	0	0	0	0
40	44	F	47	1	1	0	1	0	0
41	24	F	47	1	1	1	0	0	0
42	38	F	42	0	1	0	0	0	0
43	45	F	64	1	1	0	0	0	0
44	47	F	37	1	1	-1	0	0	0
45	40	F	32	1	-1	0	-1	0	0
46	38	M	69	1	1	-1	-1	0	0
47	64	F	52	-1	1	-1	-1	0	0
48	43	F	26	-1	1	0	0	0	0
49	32	F	24	1	1	0	1	0	0
50	40	M	24	-1	0	-1	-1	0	0

Legenda da Tabela 5

BR – cor branca avalia estrutura emocional

PR – cor preta avalia mecanismos reguladores dos afetos

1 – alta incidência da cor; 0 – média incidência da cor; -1 – baixa incidência da cor

MA+PR – dupla de cores avalia o risco de compulsão. Rigidez e inflexibilidade mental associado à falta de recursos para lidar com conflitos / 1 – sim; 0 – não

4.2 – Resultados da Entrevista

Tabela 6 – Distribuição dos dados referentes a hábito beliscador, preferência alimentar e excessos

Os dados referentes aos hábitos e preferências alimentares antes e após a operação, excessos cometidos após a operação estão na Tabela 6.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia	Hábito	Beliscador	Preferência	Alimentar	Excesso
			Meses	Pré	Pós	Pré	Pós	Pós
1	53	F	50	1		1		
2	26	F	39	1		1	5	3
3	43	F	40	1	0	3	2	4
4	38	F	45	1	0	1	2	1
5	39	F	29	1		2	2	1
6	49	F	47	1	1	1	2	1
7	58	M	31	1		4	2	1
8	41	F	24	1	1	3	2	0
9	55	F	24	1		1	1	4
10	22	F	46	1	1	1	3	2
11	47	F	27	1	1	2		4
12	43	M	26	1		1	2	5
13	58	F	27	1	0	2	2	4
14	44	F	26	1	0	3		
15	43	F	36	1		1	3	1
16	35	F	37	1	0	2	2	1
17	31	M	24	1	1	1	6	2
18	37	F	50	1	1	3	1	5
19	46	F	24	0	0	1	3	1
20	31	F	24	1		1	1	4
21	25	F	34	1	0	4	1	2
22	41	F	28	1		2	1	1
23	52	F	37	1	0	1		0
24	52	F	39	1	1	1	3	5
25	44	F	50	1	1	1	2	1
26	38	F	50	1	1	1	1	4
27	59	F	36	1		1	3	4
28	39	M	28	1	0	2	1	1
29	34	F	28	1	0	2	2	1
30	37	M	48	0	1	4	2	1
31	50	F	26	1	0	4		4
32	41	F	24	1	1	2	2	1
33	52	F	35	1	1	1	2	1
34	65	F	37	1	1	1	1	3
35	32	F	28	1	1	4	2	3
36	45	F	38	0	0	4	6	2
37	26	F	40	1		4	2	3
38	45	F	46	1	1	3	3	4
39	51	F	41	1	1	3	2	
40	44	F	47	1	0	2	2	1
41	24	F	47	1	0	2	4	
42	38	F	42	1	1	3	2	1
43	45	F	64	1	1	4	1	3
44	47	F	37	1	1	1	2	1
45	40	F	32	1	1	2	3	1
46	38	M	69	1	0	1	6	2
47	64	F	52	1	1	4	3	1
48	43	F	26	1	1	2	3	4
49	32	F	24	1		2	3	4
50	40	M	24	1	1	1	4	3

Legenda da Tabela 6

Hábito Beliscador

1 – sim
0 – não

Preferência Alimentar

1 – carboidratos
2 – doces
3 – petiscos
4 – refeições (arroz, feijão, carnes)
5 – alimentos diet/light
6 – cerveja

Excesso

1 – doces
2 – cerveja
3 – petiscos
4 – compras
5 – atividades sociais

Tabela 7 – Distribuição dos dados referentes a motivos atribuídos aos episódios compulsivos, respostas compensatórias e satisfação

Dados dos motivos atribuídos aos episódios compulsivos e respostas a estes motivos antes e após a operação, satisfação com o resultado da operação estão apresentados na Tabela 7.

Paciente	Idade	Sexo	Tempo de Cirurgia	Motivo		Resposta	Compensatória	Satisfação
			Meses	Pré	Pós	Pré	Pós	
1	53	F	50	2	5	7	6	1
2	26	F	39	3	2	7	4	1
3	43	F	40	3	3	7	2	0
4	38	F	45	2	2	7	8	1
5	39	F	29	3	3	7	5	1
6	49	F	47	2	2	7	2	0
7	58	M	31	3	3	7	1	1
8	41	F	24	3	2	2	3	1
9	55	F	24	2	1	7	5	1
10	22	F	46	3	2	1	4	1
11	47	F	27	2	2	7	3	1
12	43	M	26	2	2	7	3	1
13	58	F	27	3	1	1	4	0
14	44	F	26	3	3	7	5	1
15	43	F	36	5	5	6	6	1
16	35	F	37	3	2	7	5	1
17	31	M	24	5	5	6	6	1
18	37	F	50	4	5	1	6	1
19	46	F	24	2	2	8	4	1
20	31	F	24	2	2	7	3	1
21	25	F	34	5	5	6	6	1
22	41	F	28	3	3	7	2	1
23	52	F	37	5	5	6	6	1
24	52	F	39	3	3	7	2	
25	44	F	50	5	5	6	6	1
26	38	F	50	3	3	7	2	
27	59	F	36	3	5	7	6	1
28	39	M	28	3	1	7	5	0
29	34	F	28	5	5	6	6	1
30	37	M	48	2	2	7	3	1
31	50	F	26	5	5	6	6	1
32	41	F	24	3	3	7	1	1
33	52	F	35	5	5	6	6	1
34	65	F	37	3	3	7	3	0
35	32	F	28	3	3	7	2	1
36	45	F	38	3	3	7	3	
37	26	F	40	3	3	7	2	1
38	45	F	46	1	1	7	5	1
39	51	F	41	3	3	1	3	1
40	44	F	47	3	3	7	3	1
41	24	F	47	3	3	7	5	1
42	38	F	42	1	1	1	1	1
43	45	F	64	2	2	1	2	1
44	47	F	37	3	3	7	1	1
45	40	F	32	2	2	7	1	1
46	38	M	69	2	2	7	3	1
47	64	F	52	3	3	8	5	1
48	43	F	26	5	5	6	6	1
49	32	F	24	3	3	7	3	0
50	40	M	24	3	3	7	2	0

Legenda Tabela 7

Motivos Atribuídos

- 1 – nervosismo
- 2 – ansiedade/depressão
- 3 – sentimento de impotência/submissão
- 4 – estímulo visual
- 5 – não sabe referir

Respostas Compensatórias

- 1 – ingestão de doces
- 2 – ingestão de petiscos
- 3 – vontade de comer
- 4 – atividades sociais
- 5 – expressão dos sentimentos
- 6 – não sabe referir
- 7 – comer indiscriminado
- 8 – outros

Índice de Satisfação

- 1 – sim; 0 – não

5 – Análise Estatística

O Teste de Proporção (Z) foi aplicado para obter o perfil populacional antes e após a operação e o Teste de Kappa para análise individual, caso a caso.

5.1 – Análise do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister

Estabilidade emocional e possibilidade de controle racional sobre os afetos e emoções:

Gráfico 1 – Dados referentes à organização emocional

O perfil da população apresentou estabilidade e capacidade para lidar com conflitos em 16% dos pacientes antes da operação e em 10% após a operação (p=0,37).

Pelo teste Kappa a alteração foi observada no aumento em 6,3% dos pacientes quanto à capacidade emocional para lidar com situações conflitivas e diminuição desta capacidade em 12,5% após a operação, indicando funcionamento cognitivo e

emocional alterado em relação ao período pré-operatório, com prejuízo na estabilidade emocional ($k=0,206$)*.

Risco de compulsão:

Gráfico 2 – Dados referentes ao risco de compulsão

O perfil da população indicou risco de compulsão em 6% antes da operação e 12% após a operação ($p=0,29$).

O teste Kappa identificou que 66,7% dos pacientes mantiveram-se em risco e 8,5% passaram a apresentar risco de compulsão após a cirurgia ($K=0,396$)*.

Capacidade de controle e adaptação:

Gráfico 3 – Dados referentes à capacidade de controle e adaptação

O perfil da população indicou que 36% dos pacientes apresentavam fortes indícios de atitude de controle e rigidez antes da operação e 32% após ($p=0,67$); 22% apresentavam moderada capacidade de controle e adaptação antes da operação e 42% após ($p=0,02$)*; 42% apresentaram indícios de descontrole antes da cirurgia e 26% após ($p=0,08$).

Pelo teste Kappa a alteração sobre a capacidade de controle e adaptação ao ambiente mostrou que em 30% dos pacientes houve aumento da atitude de controle e rigidez, sugerindo compulsividade, e em 26% dos pacientes houve prejuízo na capacidade de controle, sugerindo atitude descontrolada ($K=0,180$)*.

Indicadores de impulsividade, agressividade e irritabilidade:

Gráfico 4 – Dados referentes aos indicadores de impulsividade, agressividade e irritabilidade

O perfil da população revelou fortes indícios de atitudes agressivas e impulsivas em 28% antes da operação e em 36% após ($p=0,38$); indícios moderados em 42% antes e 40% após ($0,83$); fracos indícios destas características em 30% antes e em 24% após a operação ($p=0,49$).

Quanto ao teste kappa a manifestação de agressividade, impulsividade e irritabilidade aumentou em 34% dos pacientes no período pós-operatório e em 22% diminuiu ($K=0,150$)*.

Tensão e ansiedade:

Gráfico 5 – Dados referentes aos indicadores de tensão e ansiedade

Quanto à tensão e ansiedade 20% da população apresentou fortes indícios destas características antes da cirurgia e 14% após ($p=0,42$); 38% apresentou indícios moderados antes da operação e 58% após ($p=0,04$)*; 42% apresentou fracos indícios antes e 28% após a operação ($p=0,13$).

O teste Kappa demonstrou alteração em 26% dos pacientes que passaram a apresentar dificuldade na elaboração de situações ansiógenas, levando ao desequilíbrio emocional, e aumento dos indicadores de ansiedade e impulsividade após a operação em 32% dos pacientes ($K=0,085$)*.

Resposta emocional adaptada ao ambiente:

Gráfico 6 – Dados referentes à resposta emocional adaptada ao ambiente

Quanto à resposta emocional verificou-se que 36% dos pacientes apresentaram indícios de instabilidade e irritabilidade antes da operação e 40% após ($p=0,68$); 46% resposta adaptada ao ambiente antes da cirurgia e 36% após ($p=0,3$); 18% fracos indícios de resposta adequada antes da operação e 20% após ($p=0,79$).

O teste Kappa identificou aumento das características de instabilidade e irritabilidade em 28% dos pacientes e 22% passaram a apresentar indícios de dificuldade de organizar e expressar as emoções ($K=0,219$)*.

Estrutura emocional:

Gráfico 7 – Dados referentes à fragilidade de estrutura emocional

O perfil da população revelou 68% dos pacientes com estrutura de personalidade frágil no pré-operatório e 66% no pós ($p=0,83$); 18% com estrutura emocional adequada no pré-operatório e 8% no pós ($p=0,13$); 14% com fracos indícios de precariedade de estrutura no pré-operatório e 26% no pós ($p=0,12$).

O teste Kappa verificou 24% dos pacientes com maiores condições de elaboração emocional, e 20% com possibilidades de descontrolo e desadaptação, decorrentes da fragilidade da estrutura emocional ($K=0,121$)*.

Mecanismos de controle e regulação dos afetos:

Gráfico 8 – Dados referentes aos mecanismos de controle e regulação dos afetos

Quanto aos indicadores de controle e regulação dos afetos o perfil da população apresentou fortes indícios em 16% dos pacientes antes da operação e 18% após ($p=0,78$); 52% com indícios moderados e adaptados antes da operação e 34% após ($p=0,06$); 32% com fracos indícios reguladores e 48% após ($p=0,09$).

O teste Kappa identificou 14% dos pacientes com aumento dos mecanismos repressivos e controladores e 26% com rebaixamento das repressões necessárias à adaptação social, indicando falha na função reguladora e estabilizadora ($K=0,376$)*.

5.2 – Análise da Entrevista

Comportamento Beliscador

Gráfico 9 – Dados referentes ao comportamento beliscador

O perfil da população demonstrou comportamento beliscador em 94% dos pacientes no pré-operatório e em 60% no pós ($p=0,31$).

O teste Kappa identificou que 33,3% adquiriram hábito beliscador após a operação e 63% permaneceram apresentando comportamento beliscador ($K=0,104$)*.

Preferência Alimentar

Gráfico 10 – Dados referentes à preferência alimentar

Quanto à preferência alimentar verificou-se preferência por alimentos calóricos como carboidratos (42%), doces (26%), petiscos (14%) sem menção a bebidas alcoólicas no pré-operatório. No pós-operatório apresentaram preferência alimentar definida por alimentos de fácil ingestão como doces em 44% dos pacientes ($p=0,01$)*, petiscos em 22% ($p=0,31$) e carboidratos em 20% ($p=0,06$), além de 7% referir-se preferencialmente à cerveja ($p=0,06$).

Excesso

Gráfico 11 – Dados referentes aos excessos cometidos após cirurgia

Os pacientes referiram entre os comportamentos excessivos no pós-operatório a ingestão de doces (41%), petiscos (13%) e álcool (11%). Quanto ao excesso de compras (24%) o referiram.

Motivo atribuído aos episódios compulsivos

Gráfico 12 – Dados referentes aos motivos atribuídos aos episódios compulsivos

Antes da operação 4% dos pacientes relataram estado de nervosismo como fator de desequilíbrio emocional que estimulava a ingestão excessiva de alimentos; 24% afirmaram alterações de humor com sintomas de ansiedade e/ou depressão como fatores precipitantes; 52% identificaram sentimentos de impotência ou submissão diante de situações que não se sentiam capazes de resolver, compensados com o ato de alimentar-se. No pós-operatório, os mesmos motivos obtiveram respectivamente os índices 10% ($p=0,23$), 28% ($p=0,64$) e 38% ($p=0,15$).

Os motivos atribuídos aos episódios compulsivos apresentaram relação estatisticamente significativa com o hábito beliscador após a operação ($p=0,05$)*.

Respostas Compensatórias

Gráfico 13 – Dados referentes às Respostas Compensatórias

Os pacientes recorriam a meios que aliviassem o estado emocional desencadeado por motivos atribuídos aos episódios compulsivos, já citados anteriormente. Antes da operação, estes meios foram: ingestão de doces em 12% dos pacientes; ingestão de petiscos em 2% e o ato de comer indiscriminadamente quaisquer alimentos que estivessem disponíveis em 64% dos pacientes ($p=0,001$)*.

Após a cirurgia os pacientes não apresentavam capacidade de ingerir grandes quantidades de alimentos, porém a alimentação permaneceu como recurso de alívio para situações conflituosas, seja através da ingestão de petiscos em 18% dos pacientes ($p=0,005$)* e de doces em 10% ($p=0,74$) ou do desejo de comer algo que aliviasse

seu estado emocional alterado em 22% ($p=0,001$)*. Observou-se ainda que 16% dos pacientes passaram a expressar os sentimentos relacionados ao conflito, solucionando a situação de outra forma que não através da comida ($p=0,002$)*.

A associação entre a variável comer indiscriminadamente e desejo de comer como resposta compensatória ao evento estressor, respectivamente antes e após a operação, mostrou significância estatística ($p=0,005$)*.

Relação entre motivo atribuído aos episódios compulsivos e resposta compensatória

Antes da operação 83,3% dos pacientes que atribuíram à variável ansiedade/depressão os episódios compulsivos tinham o hábito de se alimentar indiscriminadamente para aliviar estes estados emocionais; 80,8% compensavam sentimentos de impotência/submissão comendo indiscriminadamente e 11,5% comendo doces ($p=0,001$)*.

Após a operação 60% dos pacientes afirmaram ter desenvolvido a capacidade de expressar suas emoções diante do nervosismo, antes solucionado através da comida. 42,9% referiram vontade de comer diante da ansiedade e/ou depressão. 36,8% compensavam sentimentos de impotência/submissão comendo doces e 26,3% referiram vontade de comer diante destes sentimentos ($p=0,001$)*.

6 – Discussão

Os pacientes portadores de obesidade mórbida que apresentam compulsão diferem em vários aspectos dos não compulsivos e a operação, como recurso de tratamento para estes pacientes, influencia diferentemente na sua evolução.

Os pacientes compulsivos podem representar uma subcategoria da população de obesos, apresentando níveis elevados de psicopatologia, como depressão e transtornos de personalidade, início precoce e maior gravidade da obesidade, e mais tempo dedicado a dietas, portanto um quadro clínico importante que deve receber atenção específica (Azevedo et al., 2004).

Os dados apresentados no presente estudo demonstraram características de personalidade antes e após a operação, com algumas mudanças entre os dois períodos. Observou-se características de compulsão através da identificação de pacientes com estrutura emocional prejudicada, ansiedade, depressão, necessidade de controle, dificuldade na elaboração das emoções, rigidez e busca da comida diante de situações conflitivas, de modo que a diminuição da ingestão alimentar poderia ter contribuído para alterações na estrutura emocional destes pacientes. Quanto às características dos obesos compulsivos, Martins (1986) apresentou estudo comparando obesos e não-obesos identificando, na população obesa, características de personalidade reveladas por ansiedade, baixa auto-estima, inadequação na elaboração das relações, estrutura de personalidade frágil, depressão, e dificuldade em tolerar culpa e frustração. Constatou ainda íntima relação entre a necessidade de comer e a dificuldade em lidar com os conflitos de maneira simbólica, considerando

a obesidade necessária à manutenção do equilíbrio, cuja ruptura pode predispor transtornos psiquiátricos graves. Outro estudo similar identificou imaturidade, dificuldade de elaboração dos afetos, instabilidade e atitude controladora (Moraes, 1990).

A cirurgia bariátrica tem sido importante aliada na redução de peso e melhora das comorbidades de pacientes obesos, entretanto, segundo Petribu et al. (2006) existe a preocupação de que alterações do comportamento alimentar possam vir a trazer complicações pós-operatórias e comprometer o resultado da operação. Neste estudo verificou-se que a compulsão alimentar seria considerada fator de risco para essas complicações pós-operatórias, considerando que o paciente não ingere grandes quantidades de alimento, mas pode apresentar hábito beliscador. Este comportamento indica um hábito alimentar que pode ser prejudicial à manutenção da perda de peso dependendo da qualidade dos alimentos ingeridos, portanto, considera-se o tratamento prévio do transtorno associado à obesidade um procedimento de extrema importância para o sucesso da cirurgia.

Segundo Castillo e Castillo (2004) compulsões são comportamentos repetitivos exercidos para diminuir desconforto, ansiedade ou tensão. Observou-se que os pacientes participantes desta pesquisa apresentaram riscos e indícios de compulsão após a operação, refletindo seu estado pré-operatório. Este fenômeno ocorre, pois o ato cirúrgico, com a redução do estômago e restrição alimentar, não trata os aspectos psicológicos dos obesos compulsivos. Os pacientes permaneceram recorrendo à comida por não encontrarem recursos que favorecessem uma ação adequada e adaptada.

Características levantadas por Salzano e Cordás (2004) como baixa auto-estima, rigidez no comportamento, distorções cognitivas, necessidades de manter controle completo sobre a vida e insegurança, mantém o paciente sob risco de apresentar compulsão alimentar. As experiências produzem tensão interna e respectiva repressão dos afetos, sendo a fome ou o ato de alimentar-se um modo de mascarar estas emoções (Donato et al., 2004). Sendo assim, pode-se afirmar que a alimentação, mesmo que restrita, é o alívio para o paciente que vivencia tais experiências. A análise dos dados mostrou que independente do fato de ter sofrido uma alteração no funcionamento do organismo, as tensões e experiências negativas permanecem, e ao paciente cabe a necessidade de criar alternativas para lidar com estas.

O ato de comer está relacionado a estímulos internos e externos, considerando fatores orgânicos, psíquicos e sociais. Neste sentido, a ingestão alimentar transcende a questão nutritiva, agregando motivações ocultas relacionadas às vivências conflituosas que independem da fome (Dallerra e Sorrentino apud Souto e Ferro-Bucher, 2006). De modo semelhante os pacientes relataram desejo de comer, mesmo sem fome, diante das situações que os faziam comer indiscriminadamente antes da cirurgia. Isto significa que, diante de situações que exijam organização emocional, eles possuem um padrão de reação orientado pela comida, seja através da ingestão ou apenas da vontade. Woodman (2002) afirma que, desde muito cedo, estes pacientes aprendem a engolir medo, ressentimentos e a conter as emoções com comida, estabelecendo um padrão de reação aos conflitos baseado na alimentação.

Estudo realizado em pacientes com tempo de operação variando de um ano e meio a quatro anos e meio, revelou que a cirurgia traz muitos benefícios à saúde e

qualidade de vida dos pacientes, mas ao ocorrer a perda do objeto que dá suporte às dificuldades emocionais, há a necessidade de elaboração da relação com o alimento, para que novos hábitos e mecanismos adaptativos se desenvolvam e não haja o risco de transferir estas dificuldades para outros objetos substitutos (Silva, 2006). Na população estudada observou-se porém, que a maioria não troca de objetos, mas desenvolvem novos padrões alimentares para conter as dificuldades emocionais, recorrendo a alimentos de fácil ingestão. Doces, torradas, bolachas e outros petiscos foram eleitos para exercer a função que a ingestão excessiva e descontrolada tinha antes da operação. Neste sentido, Ramos (1994) afirma que compreender a finalidade do sintoma é imprescindível para ampliar o conhecimento de si e criar meios saudáveis de lidar com os conflitos.

Os pacientes com diagnóstico de compulsão alimentar no pré-operatório são mais prováveis de manter a “patologia alimentar” e, conseqüentemente, de obter piores resultados quanto a perda de peso. Muitos pacientes com compulsão alimentar pré-operatória referem continuar apresentando sentimentos de perda de controle após a cirurgia quando comem pequenas porções de comida (Niego et al., 2007). Segundo Colles et al. (2008a), ausência de controle na ingestão e hábito beliscador foram identificados como padrões alimentares de risco após cirurgia, uma vez que encontrou-se associação deste fenômenos com baixa perda de peso e elevado comprometimento emocional. Estudos mostram que estresse, restrição, rejeição e outros estados emocionais negativos levam à interrupção do autocontrole, conduzindo a escolhas alimentares inapropriadas, as quais aliviam as tensões vigentes (Goodrick e Foreyt, 1991). Nesta investigação os pacientes apresentaram aumento nas atitudes de controle, talvez favorecido pela restrição imposta, porém o

controle excessivo é considerado fator de risco à compulsão. De acordo com Morgan et al. (2002) a restrição alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle, podendo resultar em episódios compulsivos.

A cirurgia bariátrica proporciona uma restrição para evitar que os pacientes alimentem-se em excesso, porém Bernardi et al. (2005) afirma que as restrições parecem desencadear episódios compulsivos. O autor atribui este resultado a dificuldades no controle alimentar associando IMC e restrição alimentar. Resultado similar apresentado por Lluch et al. (2000) reforça a idéia de que controle e restrição da ingestão alimentar pode, em algum momento, predispor o comportamento compulsivo. Polivy (1996) complementa afirmando que a restrição alimentar parece resultar em compulsão e alterações psicológicas. Alterações no funcionamento do sistema nervoso também são referidas por Silva et al. (2003) indicando que a diminuição da ingestão alimentar reduz o tônus serotoninérgico central e predispõe o indivíduo à compulsão alimentar. Neste sentido, a análise realizada indica que a diminuição da ingestão alimentar e características como rigidez de pensamento, impulsividade e atitude controladora poderiam estar associadas na manifestação do comportamento compulsivo após cirurgia bariátrica.

O controle dos impulsos e da expressão das emoções apresenta-se alterado no pré e pós-operatório. Estudos demonstram que obesos controlam e encobrem a agressividade, além de apresentarem dificuldade para lidar com ansiedade e raiva (Costa, 1995; Di Benedetto, 2002). No presente estudo verificou-se no período pós-operatório esta dificuldade parece permanecer, porém percebeu-se a expressão inadequada de raiva e agressividade, com índices elevados em relação ao pré-operatório. Estes sentimentos poderiam estar encobertos antes da operação pela

ingestão excessiva de alimentos, de modo que a restrição alimentar favoreceu alterações de manifestação de raiva, agressividade e impulsividade.

A população estudada apresentou indícios da relação entre ansiedade, depressão e compulsão alimentar, sendo estes definidos como causa do comportamento compulsivo. Parece existir um ciclo entre os sintomas de ansiedade, depressão e outras desordens emocionais que desencadeiam o ato compulsivo, resultando em sentimentos de culpa, baixa auto-estima e dificuldade no controle dos impulsos (Silva et al., 2003, Espíndola e Blay, 2006; Petribu et al., 2006). Neste sentido, a compulsão pode assumir variadas funções no manejo de emoções negativas. Pode surgir como calmante, anestésico, conforto ou ainda como mecanismo de compensação diante da intolerância a determinadas faltas. Quando o alimento é utilizado para suprir diferentes estados emocionais dificulta-se a diferenciação destes dos sinais fisiológicos de fome. Desse modo, o alimento adquire extrema importância no funcionamento psíquico do indivíduo e, independente do motivo é incorporado indiscriminadamente. (Espíndola e Blay, 2006). A atual pesquisa confirma esta informação, pois independente da necessidade fisiológica da fome, os pacientes permaneceram recorrendo ao alimento diante da alteração dos estados emocionais. De acordo com Dupont e Corcos (2008) a sensação de fome é uma questão complexa dentre as características clínicas dos transtornos alimentares.

Estudos demonstram maiores índices de psicopatologias em obesos compulsivos, sendo mais frequentes e graves conforme o aumento do IMC (Matos et al., 2002; Santos, 2006; Legenbauer et al., 2007; Munsch et al., 2007). Os transtornos associados exercem influência no tratamento, uma vez que sujeitos com ansiedade

e/ou depressão, ainda que leve, apresentam menor perda de peso, desânimo e resistência ao tratamento (Ochmann, 1998; Petribu et al., 2006; Altenburg, 2007).

Os pacientes estudados nesta pesquisa identificaram seus estados emocionais alterados e os mecanismos para lidar com estes. Entre os principais motivos atribuídos à compulsão encontrou-se ansiedade, depressão e sentimentos de submissão e impotência. Identificaram ainda a diferença ou não de reação a estes estados após a cirurgia. Estudos com pacientes obesas indicam que comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva (Match, 1999; Match et al., 2003).

Segundo Silva et al. (2003) a projeção na comida abafa sentimentos de impotência, observados nos pacientes estudados através do relato da sensação de incapacidade para solucionar problemas, sentimentos de baixa auto-estima e submissão. Segundo Bottino et al. (2003) os episódios compulsivos estão relacionados ao sentimento de impotência e submissão aos outros. Esses pacientes sofrem de um senso de ineficácia e ausência de autonomia (Bruch apud Gorgati et al., 2002). Diante da frustração que estes sentimentos geram, os pacientes sentem-se inferiorizados e recorrem à comida para compensar a sensação de incapacidade, como demonstrado através da análise da entrevista.

Estudo que avaliou a percepção de pacientes e profissionais após um ano de cirurgia destacou que os pacientes atribuem aos estados emocionais a causa dos comportamentos alimentares inadequados e a ausência de controle. Quanto aos profissionais, indicaram a baixa adesão ao acompanhamento pós-cirúrgico, fato que pode comprometer o sucesso da cirurgia a longo prazo e, principalmente, a saúde do paciente (Oliveira et al., 2006).

O padrão alimentar estudado apresentou preferências e alguns excessos no pós-operatório, como doces e petiscos. Já que a alimentação excessiva não é possível, passaram a comer mais, em intervalos curtos, alimentos de fácil ingestão e que possivelmente têm correlação com o estado emocional dos pacientes. Segundo Colles et al. (2008a) obesos compulsivos frequentemente tornam-se beliscadores após cirurgia. Em estudo sobre as preferências alimentares de obesos compulsivos comparados com obesos não compulsivos, identificou-se consumo maior de doces e petiscos no primeiro grupo (Gonçalves, 2003). Estudo com pacientes obesas indicou forte preferência por alimentos doces e ricos em gordura (Blundell e Gillett, 2001). Pesquisa sobre os hábitos alimentares revelou que dois terços dos obesos consomem carboidratos, não somente para aliviar a fome, mas para combater tensões, ansiedade, fadiga mental e depressão (Bernardi et al., 2005).

Entre as preferências observadas nesta investigação através da entrevista, os pacientes citaram cerveja apenas para o período pós-operatório, uma vez que é ingerida com facilidade, além de inibir a fome. Estudos de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica sugerem que os problemas com substâncias psicoativas podem ser mais prevalentes nos pacientes compulsivos (Grilo et al., 1995; Sinha et al., 1996; Grilo et al., 2002). Em investigação com grande amostra populacional identificou-se a compulsão alimentar associada ao risco significativamente aumentado de dependência de álcool (Bulik et al., 2002; Reichborn-Kjennerud et al., 2004).

A associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias há tempos recebe atenção dos pesquisadores. Russel (1979), em sua primeira descrição de bulimia nervosa, observou que as pacientes com compulsão

alimentar tendiam a abusar de álcool e drogas. Brasiliano e Hochgraf (2006) referem incidência de 31% de comorbidade entre os dois transtornos em população brasileira. As mesmas autoras realizaram estudo que identificou maior incidência de pacientes dependentes de álcool e drogas diagnosticadas como portadoras de TCAP, demonstrando a relação entre características de compulsão, impulsividade, falta de controle e abuso de álcool. Specker et al. (2000) sugerem que, quando transtornos alimentares e dependência de substâncias apresentam-se associadas, há maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos.

Devido à alta prevalência de compulsão alimentar em obesos que procuram a cirurgia bariátrica, o diagnóstico e tratamento anterior poderá ter importante valor clínico, uma vez que o histórico prévio de compulsão alimentar está associado ao baixo índice de perda de peso após a cirurgia de bypass (Sallet et al., 2007; Blaine e Rodman, 2007; Colles et. al, 2008b). Contudo não deve ser considerada fator impeditivo para a realização da cirurgia, e sim, devidamente diagnosticada e acompanhada (Niego et al., 2007). Segundo Nakamura (2004) a integração da abordagem médica, psicológica e nutricional é fundamental para o sucesso terapêutico. Além do esforço de integração na abordagem do problema, deve-se considerar a aderência dos pacientes para readquirir ou mudar hábitos alimentares, sendo esta uma das principais dificuldades no tratamento. Estudo realizado por Alger-Mayer et al. (2008) demonstra que a compulsão alimentar pré-operatória não interfere a longo prazo na perda de peso, uma vez que os pacientes façam mudanças de hábitos antes da cirurgia e mantenham-se em acompanhamento pós-operatório. O valor da ajuda profissional está condicionado à disposição que os pacientes têm para a mudança. Se não estiverem mobilizados, o tratamento não resultará em êxito (Segal

e Fandiño, 2002; Keskin e Tozzi, 2005). Espíndola e Blay (2006) demonstram que não é comum os pacientes apresentarem uma percepção clara de seu transtorno. Há maior procura por auxílio profissional em função de algum problema físico secundário ou por dificuldade de controle de peso do que propriamente devido ao transtorno alimentar (Hay, 2007).

Neste estudo observou-se fatores de risco que indicam a possibilidade de que a população estudada apresente compulsão no pós-operatório, entretanto, estudos que utilizam escalas baseadas na definição do DSM-IV para episódios compulsivos referem ausência de compulsão alimentar após a cirurgia (Niego et al., 2007). De modo semelhante, ao analisar episódios compulsivos, Romano (2002) percebeu fatores importantes que não estão descritos nos critérios diagnósticos do DSM-IV. Tal estudo identificou sensações e sentimentos associados ao momento do episódio não observados através de análise quantitativa. Portanto, pesquisas devem chegar a um consenso quanto à definição de compulsão alimentar após cirurgia bariátrica para que futuros estudos possam avaliar, a longo prazo, seu efeito no resultado da cirurgia e vice-versa.

O prognóstico de compulsão alimentar em obesos graves que se submetem à cirurgia bariátrica é incerto. Não há consenso na literatura e dados precisos que garantam bom ou mau prognóstico adequadamente estudados e comprovados. (Segal e Fandiño, 2002; White et al., 2006). As dificuldades na investigação resumem-se em falta de instrumentos e entrevistas baseadas em critérios padronizados, profissionais sem treinamento específico e excesso de tempo em avaliações aprofundadas (Coutinho, 2000; Silva et al., 2003). De acordo com Magalhães e Mendonça (2005) questionários são recomendáveis pela facilidade de administração, eficiência e

economia no rastreamento de transtornos alimentares, porém estes instrumentos devem seguir critérios padronizados para avaliar um fenômeno específico, o que não ocorre com a compulsão alimentar após cirurgia bariátrica.

Os critérios de TCAP e episódios compulsivos precisam ser revisados e ampliados para que se obtenha mais precisão nas pesquisas e diagnósticos deste distúrbio (Latner e Clyne, 2008). Clareza na definição de comportamentos alimentares inadequados após cirurgia, métodos confiáveis para identificá-los e estratégias de intervenção pós-operatória são necessários para otimizar os resultados de perda de peso e promover o bem-estar psicológico dos pacientes (Colles et al., 2008a). Os dados qualitativos, associados às pesquisas quantitativas, permitem a obtenção de uma compreensão abrangente sobre a dinâmica subjacente a esse transtorno, podendo lançar idéias para a elucidação de novos aspectos que permanecem obscuros em outros estudos (Espíndola e Blay, 2006).

Contempla-se a avaliação detalhada da compulsão alimentar e suas comorbidades antes e após a cirurgia, para que o aprofundamento no assunto amplie o conhecimento quanto a diagnósticos e tratamentos adequados, visando benefícios à saúde dos pacientes.

Perspectivas

Observou-se que, embora a cirurgia bariátrica seja eficaz na redução de peso e melhora das comorbidades, a compulsão alimentar pode proporcionar atitudes prejudiciais ao bom resultado da operação. Desta forma, ressalta-se a necessidade de acompanhamento psicológico para compreensão dos fatores emocionais associados

aos hábitos alimentares e para promoção de alternativas saudáveis e eficazes para o comportamento compulsivo.

Estudos conduzidos com a aplicação de diferentes metodologias e maior número de pacientes poderiam evidentemente contribuir no sentido de compreender a relação entre aspectos psicológicos e compulsão alimentar.

7 – Conclusões

1) Os pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica apresentaram indícios de compulsão alimentar antes e após a operação.

2) Houve mudanças de hábitos e preferências alimentares após a operação. Os pacientes passaram a consumir alimentos de fácil ingestão frente a situações que os faziam comer compulsivamente.

3) Não foram observadas trocas de compulsão.

4) O comportamento alimentar inadequado persistiu após a operação.

5) A compulsão alimentar estaria relacionada a aspectos psicológicos como dificuldade em organizar emoções, ansiedade, depressão e estrutura emocional prejudicada.

6) Características de impulsividade, controle, rigidez e instabilidade emocional também contribuíram para a manifestação de episódios compulsivos.

8 – Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ? F ?
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO.....Nº.....APTO:.....BAIRRO:.....
 CIDADE.....CEP:.....TELEFONE:(.....).....
 2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ? F ?
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO:Nº.....APTO:BAIRRO:.....
 CIDADE:.....CEP:.....TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**

2. PESQUISADOR: Cristiane Evangelista Machado

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº : 06-70852 - SP

UNIDADE DO HCFMUSP: Cirurgia do Aparelho Digestivo – Grupo de estômago e Intestino Delgado.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

?	SEM RISCO	?	RISCO MÍNIMO	x	RISCO	MÉDIO
	RISCO BAIXO	?	RISCO MAIOR	?		

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : Aproximadamente 1 ano.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o tema: "Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica".

Caracteriza-se um estudo que irá identificar a compulsão alimentar no período pré-operatório assim como a dinâmica da mesma um a três anos após a operação.

Para realizar esta pesquisa será utilizado um teste psicológico realizado em avaliação psicológica pré-operatória, assim como um questionário com a finalidade de obter mais informações sobre o seu comportamento após a cirurgia

Você tem a liberdade para aceitar ou recusar a participação neste estudo e a sua recusa não irá interferir em seu atendimento no hospital. Porém, se você

aceitar participar desta pesquisa realizará os procedimentos citados acima, além de contribuir para a compreensão deste tipo de comportamento e para um melhor atendimento dos pacientes pós-operados.

Algumas questões podem causar leve desconforto, de modo que você poderá interromper sua participação caso não se sinta bem. Contudo, eventuais riscos não são esperados.

Esta pesquisa poderá trazer benefícios a todos os pacientes que já realizaram a cirurgia bariátrica, assim como poderá contribuir na prevenção de futuras dificuldades relacionadas ao estudo proposto.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade, sendo que este trabalho somente será publicado com fins científicos, sem nenhum dado que identifique o participante.
4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde ou surgimento de sentimentos decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Cristiane Evangelista Machado

Prédio dos Ambulatórios – 6º Andar – Bloco 7 B - Fone: 3069-7971

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, ____ de _____ de ____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo B – Modelo de Pirâmide do teste de Pfister

Anexo C – Modelo de Entrevista

Cirurgia do Aparelho Digestivo – Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

Nome:

RGHC:

Idade:

Data da Cirurgia:

Altura:

Peso antes da cirurgia:

IMC inicial:

Peso atual:

IMC atual:

Escolaridade:

Ocupação

Antes:

Depois:

Estado Civil

Antes:

Depois:

Por que você decidiu fazer esta cirurgia? Está satisfeito (a) / adaptado (a)?

Como era sua alimentação ? (preferências, episódios de compulsão, sentimento de descontrole e culpa).

Havia algum motivo que o (a) fizesse comer mais ? E hoje, como você lida com estes acontecimentos ?

Como é sua alimentação atualmente ? O que mudou nos seus hábitos ?

Sentia-se diferente/excluído (a) devido à obesidade ? Houve alguma mudança no seu relacionamento com as pessoas após a cirurgia ?

Acompanhamento psicológico:

Antes:

quanto tempo:

Depois:

quanto tempo:

9 – Referências Bibliográficas

Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeni JM, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: A long-term outcome study. [Abstract] *Obes Sur*. 2008

Altenburg H. *Associação do sobrepeso, obesidade I e II e circunferência da cintura com sintomas de ansiedade e depressão* [dissertação]. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2007

Amaral FV, Amaral MSV. Sobre o valor diagnóstico das pirâmides coloridas de Max Pfister. *Arquivo Brasileiro de Psicotécnica*. 1959; 11 (1): 49 – 54

Amaral AEV, Silva TC, Primi R. Indicadores de alcoolismo no teste das pirâmides coloridas de Max Pfister. *Psico-USF*. 2003; 8 (1): 33-38

American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. 4 ed rev. Porto Alegre: Artmed; 2002

Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev psiquiatr clin*. 2004; 31 (4): 170 – 172

Barbosa AMS. *Viagem ao vale da morte: Estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1989

Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Rev. Nutr*. 2005; 18 (1): 85 – 93

Blaine B, Rodman J. Responses to weight loss treatment among obese individuals with and without BED: a matched-study meta-analysis. *Eat Weight Disord.* 2007; 12 (2): 54 – 60

Blundell JE, Gillett A. Control of food intake in the obese. *Obes Res.* 2001; 9 (Suppl 4): 263S – 270S

Bocchieri-Ricciardi LE, Chen EY, Munoz D, Fischer S, Dymek-Valentine M, Alverdy JC, le Grange D. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg.* 2006; 16 (9): 1198 – 204

Borges MBF, Jorge MR. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatr Med.* 2000; 33 (4): 113 – 8

Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, da Silveira DX, Custódio O. Binge eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obes Res.* 2002; 10 (11): 1127 – 34

Bottino SMB, Junqueira C, Bairrão JFMH, Hanns LA, Rosa MD, Andrade LHSG. Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25 (3): 166 – 170

Brasiliano S, Hochgraf PB. The impact of eating disorders as a comorbidity on psychoactive drug-dependent women seeking care. *Rev. Psychiatr Clin.* 2006; 33 (3): 134 – 144

Brauer JF *A estrutura em tapete no teste das pirâmides coloridas de Max Pfister* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.

Brauer JF. *O teste das pirâmides coloridas. Uma releitura* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1988.

Buddeberg-Fischer B, Bernet R, Sieber M, Schmid J, Buddeberg C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93 (4): 296 – 304

Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord*. 2002; 32 (1): 72 – 8

Castillo ARGL, Castillo JCR. Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo. In: Busse, SR (org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. 1 ed. Barueri: Manole; 2004. 183 – 204

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity*. 2008a; 16 (3): 615 – 22

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. *Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder*. *Obesity*. 2008b; 16 (3): 608 – 14

Cordás, TA. Participação do Psiquiatra e do Psicólogo na Fase Perioperatória. In: Garrido Jr, AB. *Cirurgia da Obesidade*. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. 71 – 79

Costa, JMA. *Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995

Coutinho WF. *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer* [tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000

Di Benedetto C. *Obesidade mórbida, hostilidade encoberta e suas implicações no processo de interação social* [dissertação]. Porto Alegre: PUC – Rio Grande do Sul; 2002

Donato A, Osório MGF, Paschoal PV, Marum RH. Obesidade. In: Busse, SR (org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole; 2004. 329 – 366

Dupont ME, Corcos M. Psychopathology in eating disorders: new trends. *Rev Prat*. 2008; 58 (2): 141-3, 145-6, 148-9

Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006; 28 (3): 265 - 275

Fairburn CG. Eating disorders. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Ed. Oxford: Oxford University Press; 1997. 209 – 43

Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23 (4): 215 – 20

Gonçalves R. *Transtorno da compulsão alimentar periódica entre estudantes de nutrição* [dissertação] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003

Goodrick GK, Foreyt JP. Why treatments for obesity don't last. *J Am Diet Assoc*. 1991; 1991 (10): 1243 – 7

Gorgati SB, Holcberg AS, Oliveira MD. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (Supl 3): 44 – 48

Grilo CM, Becker DF, Levy KN, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Eating disorders with and without substance use disorders: a comparative study of inpatients. *Compr Psychiatry*. 1995; 36 (4): 312 – 7

Grilo CM, Sinha R, O'Malley SS. Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research & Health*. 2002; 26: 151 – 160

Hay PJ. Understanding bulimia. *Aust Fam Physician*. 2007; 36 (9): 708 – 12, 731

Junge, MC. *Compulsão Alimentar em Mulheres Obesas: Abordagem Interdisciplinar com Subutramina* [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004

Keski-Rahkonen A, Tozzi F. The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study. *Int J Eat Disord*. 2005; 37: S80 -9

Latner JD, Clyne C. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2008; 41 (1): 1 – 14

Legenbauer T, Burgmer R, Senf W, Herpertz S. Psychiatric comorbidity and quality of life in obese individuals - a prospective controlled study. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2007; 57 (11): 435 – 41

Lluch A, Herbeth B, Mejean L, Siest G. Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas family study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24 (11): 1493 – 9

Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev. bras. epidemiol*. 2005; 8 (3): 236 – 245

Marques MIB. *Uma análise da incidência de padrões de pirâmides no teste de Pfister com fins diagnósticos* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1986

Martins DFG. *Aspectos psicodinâmicos associados a obesidade: um estudo comparativo de 2 grupos com o TAT e o Rosenzweig* [dissertação]. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 1986

Match M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*. 1999; 33 (1): 129 – 139

Match M, Gerer J, Ellgring H. Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *Phys Behav*. 2003; 80 (2 – 3): 367 – 74

Matos MIR, Aranha LS, Alessandra N et al. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (4): 165 – 9

Matz PE, Foster GD, Faith MS, Wadden TA. Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70 (4): 1040 – 4

Morais GP. *Contribuição do psicodiagnóstico de Rorschach ao estudo da obesidade* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1990

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (Supl 3): 18 – 23

Munsch S, Becker E, Meyer A, Schneider S, Margraf J. Recurrent binge eating (RBE) and its characteristics in a sample of young women in Germany. *Eur Eat Disord Rev.* 2007; 15 (5): 385 – 99

Nakamura E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: Busse, SR. (org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. 1 ed. Barueri: Manole; 2004. 13 - 29

Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40 (4): 349 – 59

Ochmann, L.A. *Depressão versus resultados de tratamento da obesidade* [dissertação]. Porto Alegre: PUC – Rio Grande do Sul; 1998

Oliveira L.R.R., Rodrigues M.C. *As principais mudanças ocorridas na vida de sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica: relatos de pacientes e profissionais envolvidos* [monografia]. Salvador: Universidade de Salvador; 2006

Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araújo DE, Almeida NCN, Albuquerque PC, Ferreira MNL. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50 (5): 901 – 8

Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc.* 1996; 96 (6): 589 – 92

Ramos DG. *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus; 1994

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in absence of compensatory behaviors. *Obes Res.* 2004; 12 (9): 1445 – 54

Romano ECB. Bulimia nervosa: o que os pacientes nomeiam compulsão? [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002

Russel G. Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9 (3): 429 – 48

Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, Bonaldi FL, Cordas TA. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg.* 2007; 17 (4): 445 – 51

Salzano FT, Cordás TA. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr clín.* 2004; 31 (4): 188 – 194

Santos FP. *Ansiedade, depressão e ideação suicida em indivíduos com obesidade* [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2006

Scazufca ACM. *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbio da oralidade* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1998

Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24 (Supl 3): 68 – 72

Shalem, SY. *Distúrbios Alimentares: Sintomas de uma cultura narcísica?* [monografia]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1995.

Silva AR, Luque AB, Campos DGS, Arakelian M. *Distúrbios alimentares e obesidade: transtorno do comer compulsivo* [Seminário Clínico]. São Paulo; 2003

Silva, AAA. *Cirurgia bariátrica - como o psiquismo significa esse corte no corpo?* [monografia]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2006

Sinha R, Robinson J, Merikangas K, Wilson GT, Rodin J, O'Malley S. Eating pathology among women with alcoholism and/or anxiety disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996; 20 (7): 1184 – 91

Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev Nutr*. 2006; 19 (6): 693 – 704

Souza de Lúcia MC, Quayle, J. *Associação entre representação da doença e da internação e níveis de ansiedade e depressão entre pacientes internados em enfermarias de um Hospital Geral Universitário comparativamente a pacientes de ambulatório* [Projeto Multissetorial Temático]. São Paulo: Divisão de Psicologia do ICHC – FMUSP; 2004

Specker S, Westermeyer J, Thuras P. Course and severity of substance abuse in women with comorbid eating disorders. *Subst Abus*. 2000; 21 (3): 137 – 147

Stefano SC. *Revisão Sistemática sobre Técnicas de auto-ajuda no transtorno da compulsão alimentar periódica* [dissertação]. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2002

Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF, Mufson L, Yanovski SZ, Glasofer DR, Salaita CG. Preventing excessive weight gain in adolescents: interpersonal psychotherapy for binge eating. *Obesity*. 2007; 15 (6): 1345 – 55

Villemor-Amaral AE. *As pirâmides coloridas de Pfister*. 1º ed. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia; 2005

Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006; 28 (1): 20 – 26

White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. The prognostic significance of regular binge eating in extremely obese gastric bypass patients: 12-month postoperative outcomes. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 (12): 1928 – 35

Woodman M. *O vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico*. 1 ed. São Paulo: Summus; 2002