

## Desordens no Comportamento Alimentar e Cirurgia Bariátrica: Relação e Implicações

Food and Behavior Disorders in Bariatric Surgery: Relation and implications

Mariana de Oliveira Silva<sup>1</sup>  
Mariana Silva Melendez Araújo<sup>1</sup>

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

**Correspondência:**  
Mariana de Oliveira Silva.  
SQSW 103, bloco G, apartamento 409,  
Sudoeste, Brasília-DF. 70670-307, Brasil.  
marioliveira\_87@hotmail.com

Recebido em 21/junho/2012  
Aprovado em 04/dezembro/2012

### RESUMO

**Introdução:** a obesidade possui uma etiologia multifatorial e difícil tratamento, principalmente entre os indivíduos acometidos pela obesidade do tipo III (mórbida). Neste contexto, a cirurgia bariátrica, dados os resultados satisfatórios alcançados, atua como meio mais eficaz de tratamento para esse grupo. Vale ressaltar, porém, que a realização da cirurgia bariátrica não garante a completa resolução de alguns fatores desencadeantes da obesidade, tais como desordens no comportamento alimentar. Pacientes beliscadores, comedores de doces, comedores noturnos e/ou acometidos pela compulsão alimentar devem ser monitorados com mais rigor a fim de alcançarem o sucesso pós-cirúrgico, especialmente quanto à perda ponderal.

**Objetivo:** descrever desordens alimentares de maior prevalência entre a população obesa. Além disso, identificar na literatura, quais as implicações ocasionadas pela presença de tais desordens na fase pré e pós-operatória da cirurgia bariátrica.

**Métodos:** foi realizada uma revisão na literatura, envolvendo artigos relacionados ao tema proposto indexados nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, PubMed, Redalyc; e nas bibliotecas virtuais de conteúdo científico Capes e Scielo, priorizando os publicados dentro dos últimos dez anos. Sendo a última busca realizada em março de 2012.

**Resultados e Discussão:** entre indivíduos obesos existe maior prevalência de desordens de cunho alimentar, que contribuem com a manutenção e agravamento da obesidade, gerando ainda influências negativas em associação à cirurgia bariátrica, aumentando o risco de complicações, prejudicando a perda ponderal e tornando o tratamento mais longo e trabalhoso.

**Conclusão:** candidatos à realização da cirurgia bariátrica, assim como, indivíduos no período pós-operatório devem ser rastreados quanto à presença de desordens na conduta alimentar para que haja intervenção no momento oportuno; minimizando assim, o risco de complicações e potencializando os benefícios ocasionados pela intervenção cirúrgica.

**Palavras-chave:** Obesidade Mórbida; Cirurgia Bariátrica; Comportamento Alimentar

## ABSTRACT

**Introduction:** obesity has a multifactorial etiology and difficult to treat, especially among individuals affected by obesity type III (morbid). In this context, bariatric surgery, given the satisfactory results achieved, acts as a more effective treatment of this group. But it is noteworthy that bariatric surgery does not guarantee the full resolution of some triggering factors of obesity, such as eating disorders. Snackers, eating candy, eating at night and / or affected by binge eating should be monitored more rigorously in order to achieve success after surgery, especially regarding weight loss.

**Objectives:** describe eating disorders most prevalent among the obese population. In addition, identify in the literature, the implications arising from the presence of such disorders in the pre-and post-operative bariatric surgery.

**Methods:** we reviewed the literature, involving related articles indexed proposed in the following databases: Lilacs, Medline, PubMed, Redalyc, and the virtual libraries of scientific content and Capes Scielo, prioritizing those published within the last ten years. Being the last search conducted in March 2012.

**Results and Discussion:** among obese individuals there is a higher prevalence of eating disorders, contributing to the maintenance and aggravation of obesity, generate negative influences in association with bariatric surgery, increasing the risk of complications and damaging weight loss. Making the same treatment, especially long and laborious.

**Conclusion:** candidates for bariatric surgery, as well as individuals in the postoperative period should be screened for the presence of conduct disorders in food so that there is intervention at the appropriate time, aiming to minimize complications and maximize the benefits brought about by surgical intervention.

**Keywords:** Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Feeding Behavior

## INTRODUÇÃO

A obesidade mórbida ou grau III, caracterizada por índice de massa corporal (IMC) superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, está diretamente relacionada a elevados níveis de mortalidade decorrentes de complicações associadas<sup>1</sup>. A gravidade desse grau de obesidade guarda relação principalmente com três aspectos: prevalência elevada de desordens no comportamento alimentar, resistência aos tratamentos clínicos (perda de peso insuficiente ou não sustentada) e associação frequente com doenças inter-relacionadas, que são provocadas ou agravadas pela obesidade e que melhoram com a redução e controle do peso<sup>2</sup>.

Quanto a epidemiologia da obesidade grave, Santos et al.<sup>1</sup> que realizaram análise de banco de dados derivado de informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1974 e 2003 houve um aumento de 255% na prevalência da obesidade mórbida em todo Brasil.

Sabe-se que síndromes genéticas e/ou problemas endocrinológicos podem levar a obesidade. Porém, na maior parte dos casos, ela está associada a fatores nutricionais ou exógenos:

socioambientais, estilo de vida destacando-se, dentre estes, as desordens no comportamento alimentar, como a compulsão alimentar<sup>3</sup>.

Diante da dificuldade em obter bons resultados nos tratamentos clínicos convencionais, a cirurgia bariátrica é considerada o meio mais efetivo para o tratamento da obesidade grave. A técnica mais utilizada é a Bypass em Y de Roux, caracterizada por promover acentuada diminuição do estômago, em média reduzido a um volume de 50 ml, e desvio intestinal, levando a uma menor ingestão alimentar e à moderada redução na absorção de nutrientes com consequente perda ponderal<sup>4,5</sup>.

A compulsão alimentar é a desordem de maior prevalência e estima-se que esteja presente em 2-5% da população em geral. Entre os indivíduos obesos, esse índice está entre 8-10%, sendo que mais de 30% dos obesos mórbidos padecem desse distúrbio<sup>6,7</sup>.

Existem outras alterações no padrão alimentar descritas por Brolin et al.<sup>8</sup> que classifica os indivíduos como: **comedores de doces, beliscadores e comedores noturnos**. Tais distúrbios no comportamento alimentar possuem como característica comum a ocorrência de recaídas frequentes que contribuem para o agravamento ou manutenção da obesidade, tornando seu tratamento longo e complicado<sup>9</sup>.

A realização da cirurgia bariátrica não garante a completa resolução de alguns fatores desencadeantes da obesidade, tais alterações no padrão alimentar<sup>10,11</sup>. Pacientes com essas desordens devem ser monitorados com mais rigor, a fim de aumentar as chances de alcançarem o sucesso pós-cirúrgico, especialmente quanto à perda ponderal. Dymek et al.<sup>12</sup> em pesquisa realizada com pacientes portadores de desordens alimentares e submetidos à cirurgia bariátrica, mostraram que os mesmos alcançaram uma perda ponderal significativamente menor, quando comparados a indivíduos livres destas desordens. Nota-se, assim, que o tratamento da obesidade depende, em grande parte, de alterações comportamentais, mesmo quando se opta pela cirurgia bariátrica. O retorno a padrões alimentares inadequados desenvolvidos antes da cirurgia podem aumentar o risco de insucesso pós-operatório<sup>7</sup>.

Diante da estreita relação entre o sucesso da cirurgia bariátrica com o adequado monitoramento do comportamento alimentar dos pacientes a ela submetidos, esta revisão de literatura tem como objetivo descrever desordens alimentares de maior prevalência entre a população obesa e as possíveis alterações no comportamento alimentar ocorridas após a realização da cirurgia bariátrica.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão na literatura envolvendo artigos indexados nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, PubMed, Redalyc; na biblioteca virtual de conteúdo científico Scielo e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com ênfase nos últimos 10 anos, obtidos por busca utilizando os descritores: “obesidade”, “obesidade mórbida”, “cirurgia bariátrica”, “comportamento alimentar”, “transtornos alimentares”, “transtorno da compulsão alimentar”, “período pré-operatório”, “período pós-operatório”, e seus correlatos em espanhol e inglês. Foram consultados 44 artigos com autores, objetivos, metodologias e resultados distintos, porém, com temas relacionados ao assunto proposto. Consideraram-se trabalhos nos idiomas: português, inglês e espanhol. Quando considerado pertinente pelas autoras, outras bibliografias foram consultadas a partir de listas de referência dos artigos previamente analisados.

Foram excluídos artigos em duplicidade nas bases de dados, relatos de caso e pesquisas em forma de tese não publicadas; resultando em 9 exclusões.

Ao total, 35 referências foram utilizadas, sendo 20 (57,1%) artigos originais, 12 (34,3%) artigos de revisão, além de 3 (8,6%) referências diversas como: resenha crítica e livros. A grande maioria foi publicada entre 2005 e 2011 (n=24), sendo as demais publicadas entre 2001 e 2004 (n=10) e entre 1994 (n=1). Com base nessas referências, foi realizado o levantamento de informações relevantes para realização de posterior discussão sobre a relação e consequências da presença de desordens no comportamento alimentar nas fases pré e pós-operatória da cirurgia bariátrica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Cirurgia Bariátrica no Tratamento da Obesidade Mórbida

Devido a sua etiologia multifatorial, é difícil mensurar o grau de influência de cada uma das variáveis envolvidas no processo de ganho de peso excessivo. A obesidade é caracterizada por altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas podendo, especialmente, em suas formas mais graves, apresentar sérias repercussões orgânicas e psicossociais<sup>13</sup>. Tratamentos conservadores, especialmente em pacientes com obesidade de grau III ou mórbida, tendem a não resultar em perda significativa e posterior manutenção ponderal<sup>14</sup>.

O tratamento da obesidade tem como objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Isso deve ser realizado por meio de uma perda de peso significativa, duradoura, que promova redução nos fatores de risco e comorbidades, melhorando ainda o desempenho nas atividades rotineiras. Dieta supervisionada associada, ao acompanhamento psicológico e à prática de atividade física são considerados tratamentos conservadores e devem ser a primeira linha no tratamento da patologia. O uso de medicações anorexígenas e inibidoras da absorção de lipídeos também é descrito como uma forma terapêutica, associada à dieta equilibrada, psicoterapia e exercícios<sup>15,16</sup>.

A obesidade mórbida, por outro lado, exige o emprego de procedimentos mais invasivos. A cirurgia bariátrica, nesse contexto, surge como ferramenta eficaz no tratamento clínico da obesidade grave. Um estudo randomizado, conduzido por O'Brien e colaboradores<sup>17</sup>, comparou a eficácia do tratamento convencional/conservador com o tratamento cirúrgico em 80 pacientes obesos. Ao final de 24 meses, houve uma redução média de cerca de 22% do peso inicial nos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, e de apenas 5,5% no grupo sujeito a mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, o que demonstra a eficácia do tratamento cirúrgico. Os principais benefícios associados à realização do procedimento cirúrgico são a manutenção da perda ponderal em longo prazo, melhora das comorbidades associadas e consequente melhora na qualidade de vida<sup>18,19</sup>.

Na grande maioria dos casos, estes benefícios são mantidos em longo prazo, determinando melhora nos parâmetros metabólicos, com efeito positivo no metabolismo dos lipídeos e carboidratos, redu-

zindo a resistência insulínica, contribuindo para o controle do diabetes tipo 2 e das dislipidemias. Melhora na autoestima e aceitação corporal também estão entre os benefícios que a perda ponderal propicia aos pacientes<sup>20</sup>.

Porém a literatura também demonstra a incidência de complicações relacionadas à técnica cirúrgica utilizada. Entre as mais comuns podem ser citadas: alopecia, náuseas, **síndrome de dumping**, irregularidade no funcionamento intestinal, obstrução gástrica, ruptura da linha de grampeamento, intolerância alimentar, deficiência de nutrientes específicos (proteínas, cálcio, ácido fólico, ferro e vitamina B12), agravo e/ou surgimento de desordens no comportamento alimentar<sup>21</sup>.

Vale ressaltar que a cirurgia bariátrica não pode ser entendida simplesmente como uma operação e, sim, como um programa complexo de perda de peso. Por isso, para minimizar o risco de complicações e potencializar os benefícios associados à realização da cirurgia, o acompanhamento pré e pós-operatório regular por uma equipe multidisciplinar é essencial<sup>22</sup>.

### Desordens no Comportamento Alimentar x Obesidade

Assim como na obesidade, as desordens no comportamento alimentar têm etiologia multifatorial, ou seja, podem ser compreendidos como uma interação entre fatores: biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Caracterizam-se por recaídas frequentes, sendo o tratamento, na maioria dos casos, longo e extremamente trabalhoso<sup>9</sup>. Considerando que o acúmulo adiposo pode ser resultado do balanço energético positivo (quantidade de energia ingerida maior que a quantidade gasta), tais desordens podem colaborar ao desenvolvimento, manutenção, ou mesmo, agravo da obesidade<sup>23,24</sup>.

A busca pela magreza é uma característica comum da atual sociedade ocidental, pois o excesso de peso está associado à falta de beleza física e autocuidado. Obesos são discriminados e sofrem com a falta de confiança e de autoestima, dando espaço ao surgimento e/ou evolução de perturbações emocionais, muitas vezes relacionadas à ingestão alimentar excessiva, caracterizando a instalação de desordens na conduta alimentar, estratégia adaptativa de fuga diante de dificuldade em se posicionar perante aos demais indivíduos<sup>25</sup>.

Conforme descrito por Brolin e colaboradores<sup>8</sup> entre as desordens alimentares mais prevalentes em indivíduos obesos estão:

- Comedores compulsivos: pessoas que consomem quantidades de alimentos superiores ao que a maioria dos demais indivíduos ingere em um período de 2 horas, até se sentirem desconfortavelmente satisfeitos. Perdem o controle diante do alimento e não apresentam ações compensatórias (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, dietas restritivas e atividade física em excesso). Tais episódios, geralmente, ocorrem quando estão sozinhos, pois são seguidos de sensação de repudia e culpa. Para serem caracterizados como compulsivos alimentares os episódios devem ocorrer ao menos 2 vezes na semana por um período superior a 6 meses<sup>26</sup>.
- Comedores de doces: indivíduos que apresentam consumo superior a 50% da quantidade total de carboidratos ingeridos diariamente são provenientes de carboidratos simples, valor que ultrapassa 150 Kcal por refeição<sup>27</sup>.
- Beliscadores: pacientes que ingerem pequenas quantidades de alimentos salgados (salgadinhos tipo chips, torradas) continuamente entre as principais refeições em quantidades superiores a 150 Kcal, durante no mínimo 6 meses<sup>8</sup>.
- Comedores noturnos: indivíduos que ingerem mais de 25% das calorias diárias no período noturno (após o jantar). Em geral, apresentam insônia e anorexia matutina, em três ou mais noites de semana no período de 3 meses anterior. Recentemente, a síndrome do comer noturno foi caracterizada por retardo na sincronização entre comportamentos, sistemas fisiológicos e moleculares, atividades enzimáticas e hormônios responsáveis pelo controle do processo alimentar – ciclo circadiano<sup>26,28-30</sup>.

### **Alterações no padrão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica**

Conforme revisão de estudos epidemiológicos realizada por Striegel-Moore e Franko<sup>31</sup> a prevalência de desordens no padrão alimentar em pacientes obesos graves varia de 11% a 32% e quando considerados casos subclínicos (como por exemplo,

um episódio de compulsão alimentar por semana nos últimos três meses), a prevalência cresce para 39% a 50%.

É de suma importância à compreensão da relação entre cirurgias bariátrica e desordens na conduta alimentar, pois a literatura aponta que a prevalência de tais alterações alimentares é maior entre os obesos com indicação de tratamento cirúrgico e porque tais desordens estão comumente relacionadas com menor perda ponderal, reganho de peso e complicações na fase pós-operatória<sup>26</sup>.

Dados referentes à prevalência, etiologia e consequências da presença de transtornos alimentares na fase pós-operatória da cirurgia bariátrica são escassos. Estudo longitudinal conduzido por Silva e colaboradores<sup>32</sup>, com amostra de 24 indivíduos, teve como objetivo, entre outros, comparar a prevalência de desordens alimentares na fase pré e aos 36 meses do pós-operatório da cirurgia bariátrica. A pesquisa evidenciou a persistência de grande parte dos transtornos após a realização da cirurgia. Ademais, a compulsão alimentar foi diagnosticada em 36,4% indivíduos no pré-operatório, reduzindo para 13% no pós-operatório. Outros dados importantes do estudo são: 22,7% da amostra eram comedores de doces antes da cirurgia, e apenas 12% persistiam dessa maneira no pós-operatório; 9,1% foram diagnosticados como comedores noturnos no pré-operatório, e, após a cirurgia, todos deixaram de ser. Finalmente, 36,4% da amostra manifestavam característica de beliscadores antes da cirurgia, reduzindo para 21,5% na fase pós-operatória. Estudo prospectivo observacional, similar ao anterior, conduzido por Colles e colaboradores<sup>29</sup> também objetivou avaliar a prevalência de desordens no comportamento alimentar em 129 indivíduos antes e 12 meses após a realização da cirurgia bariátrica: 14% apresentaram características de compulsão alimentar e 17,1% dos indivíduos foram classificados como comedores noturnos. Houve redução no pós-operatório para 3,1% e 7,8%, respectivamente. Já o hábito beliscador foi mais prevalente após a cirurgia com aumento de 26,3% para 38,0%. O percentual de perda ponderal foi de 20,8% entre o grupo com desordens no padrão alimentar e 8,5% para o grupo livre de desordens de cunho alimentar; e a porcentagem de perda de excesso de peso foi de 50,0 e 20,7% respectivamente.

A persistência ou mesmo surgimento na fase pós-operatória estão relacionados a piores resultados<sup>33</sup>. Greenberg e colaboradores<sup>34</sup> avaliaram o estado psicológico e comportamental de indivíduos no pós-operatório de cirurgia bariátrica e impli-

cações e observaram que 32% da amostra apresentou transtorno de compulsão alimentar, fato relacionado com maior ocorrência de sintomas gastrointestinais (vômitos), **síndrome de Dumping**, menor perda ponderal e ganho de peso. Assim, a identificação e tratamento das desordens alimentares são importantes tanto antes quanto após a cirurgia de forma a evitar o fracasso do procedimento e agravo na condição clínica do paciente.

O paciente que pretende ser submetido ao tratamento cirúrgico necessita compreender a dinâmica associada ao comportamento alimentar e desenvolver novos hábitos alimentares ainda na fase pré-operatória para minimizar a possibilidade de persistência de desordens alimentares, ou até mesmo o desenvolvimento de transtornos de cunho alimentar ou não, tais com: abuso no consumo de álcool, drogas e compulsão por compras; em compensação a desordem diagnosticada na fase pré-operatória, caso haja a impossibilidade em prosseguir com o mesmo desordem após a realização da cirurgia bariátrica<sup>19,26-35</sup>.

Estudo prospectivo realizado por Machado et al.<sup>33</sup> verificou que após 36,5 meses, em média, da realização do procedimento cirúrgico os pacientes permaneceram tendo a alimentação como um recurso de alívio para situações conflitivas. No entanto, por não apresentarem capacidade gástrica para ingerir grandes quantidades de alimentos de uma só vez, 33,3% desta amostra adquiriu o hábito beliscador, consumindo alimentos de fácil digestão, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, entre as principais refeições.

Mesmo com riscos anteriormente citados, os pacientes diagnosticados com compulsão alimentar são mais beneficiados com a realização do procedimento cirúrgico se comparados aos demais, diagnosticados com outros tipos de desordens alimentares, uma vez que, nos primeiros meses após realização da cirurgia, ocorre uma redução drástica nos episódios de compulsão alimentar, devido à redução da capacidade gástrica que inviabiliza a ingestão de grande quantidade de alimentos em uma refeição<sup>35</sup>. Somente entre 18 a 24 meses do pós-operatório, ou seja, após estabilização da perda ponderal inicial, a desordem alimentar tende ressurgir por meio do beliscar contínuo associado com descontrole sobre o consumo de alimentos hipercalóricos e de fácil digestão, estando, nesses casos, a capacidade gástrica suscetível a expandir-se. Situação similar não ocorre com o paciente beliscador e/ou comedor de doces, que já nos primeiros

meses do pós-operatório consegue retomar com o distúrbio alimentar progressivo, prejudicando a potencial perda de peso esperada para o período<sup>33</sup>.

A realização da cirurgia bariátrica, portanto, não marca o fim do tratamento, e sim a continuidade de um período de mudanças no comportamento e hábitos alimentares iniciada no período pré-operatório. Tendo em vista as dificuldades de adaptação, principalmente entre os pacientes diagnosticados com desordens no comportamento alimentar na fase pré-operatória, é essencial que os candidatos à cirurgia bariátrica sejam acompanhados adequadamente para que todas as mudanças necessárias ocorram com sucesso<sup>18</sup>.

## CONCLUSÃO

A obesidade está associada a sérias repercussões orgânicas e psicossociais, com etiologia multifatorial. Tratamentos conservadores (dieta, atividade física, medicamentos), tendem a não resultar em perda de peso significativa e posterior manutenção ponderal, sendo a cirurgia bariátrica o tratamento de maior eficácia, especialmente para indivíduos acometidos pela obesidade de grau III (mórbida).

Entre indivíduos obesos existe maior prevalência de desordens no comportamento alimentar quando comparados à população em geral. Tais desordens tentem gerar consequências negativas, principalmente quando em associação à cirurgia bariátrica, aumentando o risco de complicações e prejudicando a perda ponderal.

Assim, pacientes candidatos à realização da cirurgia, como, indivíduos no período pós-operatório devem ser rastreados quanto à presença de desordens na conduta alimentar para que haja intervenção no momento oportuno, controle de desordem alimentar e posterior acompanhamento por equipe multidisciplinar especializada. Este monitoramento visa minimizar a ocorrência de complicações pós-operatórias, potencializando os benefícios ocasionados pela intervenção cirúrgica.

Maior número de estudos bem controlados é necessário para determinar de que forma as desordens no comportamento alimentar poderão interferir nos resultados da cirurgia bariátrica a curto e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. Santos LMP. Oliveira IV. Peters LR. Conde WL. Trends in Morbid Obesity and in Bariatric Surgeries Covered by the Brazilian Public Health System. *Obesity Surgery*. 2010;20(7):943-8. Publicação eletrônica - Jun/2008.
2. Santo MA. Cecconello I. Obesidade mórbida: controle dos riscos. *Arq. Gastroenterol*. 2008;45(1).
3. Wadden TA. Brownell KD. Foster GD. Obesity: Responding to the Global Epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(3):510-525.
4. Low JAG. Vaz FJ. Sumrall CD. Loustalot FV. Land KK. A clinician's approach to medical management of obesity. *Am J Med Sci*. 2006;331(4):175-82.
5. Ferraz EM. Arruda PCL. Bacelar TS. Ferraz AAB. Albuquerque AC. Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2003;30(2):98-105.
6. Allison KC. Grilo CM. Masheb RM. Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J. Consult Clin Psychol*. 2005;73(6):1107-15.
7. Ríos BP. Lobera IJ. Sobrepeso y obesidad em los trastornos de La conducta alimentaria. *Rev. Española de Nutrición Comunitaria*. 2010;16(2):83-9.
8. Broolin RE. Robertson LB. Kenler HA. Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Y-en-Roux gastric bypass. *Ann Surg*. 1994;220(6):782-90.
9. Torre AM. Nutrición y Metabolismo en trastornos de a conducta alimentaria. Editora Glosa. 2004;3:62-67.
10. Santos FCG. Magro. E agora? Histórias de obesos mórbidos que se submetem a cirurgia bariátrica. 1ª ed. São Paulo: Editora Vetor; 2005.
11. Costa ACC. Ivo ML. Cantero WB. Tognini JRF. Obesidade em candidatos à cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(1):55-9.
12. Dymek MP. Le Grange D. Neven K. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obesity Surgery*. 2001;11:32-9.
13. Bernardi F. Cichelero C. Vitolo M.R. Comportamento de restrição alimentar na obesidade. *Rev. Nutr. Campinas*. 2005;18(1):85-93.
14. Dymek MP. Grange D. Neven K. Alverdy J. Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity Research*. 2002;10(11):1135-42.
15. Zilberstein B. Neto MG. Ramos AC. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. Editora: Moreira Jr. 2002;258-64.
16. Saborio LDR. Vega-Vega M. Cirurgia Bariátrica: Tratamiento de elección para la obesidad mórbida. *AMC*. 2006;48(4):162-71.
17. O'brien PE. Dixon JB. Laurie C. Skiners S. Proietto J. Mcneil J. et al. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;144(9):625-33.
18. Bonazzi LC. Valença MCT. Bononi TC. Navarro F. A intervenção nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. de Obes. e Emag*. 2007;1(5):56-69.
19. Ravelli MN. Merhi VAL. Mônico DV. Aranha N. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. *RBPS*. 2007;20(4):259-66.
20. Pedrosa IV. Burgos MGPA. Souza NC. Moraes CN. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2009;36(4):316-22.
21. Cruz MRR. Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. *Rev. de Nutrição*. 2004;17(2):263-72.
22. Nishiyama MF. Carvalho MDB. Pelloso SM. Nakamura RKC. Peralta RM. Marujo FMPS. Avaliação do nível de conhecimento da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. 2007;11(2):89-98.

23. Pereira S. Projecto de intervenção em crianças e adolescentes obesos. *Arq. de Med.* 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/ar>. Acesso em: Jan/2012.
24. Pereira TFC. Obesidade: A epidemia do século XXI? *Arq. de Med.* 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/ar>. Acesso em: Fev/2012.
25. Macias JAG. Vaz FJ. Alarcón J. Béjar I. Caxado M. Rubio MA. Psicopatologia em pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Rev. Cubana Endocrinol.* 2002;13(1):29-34.
26. Allison KC. Waddena TA. Sarweba DB. Fabricatore AN. Creanda CE. Gibbons LM. et al Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Department of Surgery - University of Pennsylvania. Surgery for Obesity and Related Diseases.* 2006;2:153-8.
27. Heuvel MVD. Hörchner R. Wijtsma A. Bourhim N. Willemsen D. Sweet Eating: A definition and the development of sweet eating questionnaire. *Obesity Surgery.* 2011;21(6):714-721.
28. Orhan FO. Tuncel D. Gece Y.B. Night Eating Disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar – Current Approaches in Psychiatry.* 2009;1:132-154.
29. Colles SL. Dixon JB. O'Brien PE. Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity: a research journal.* 2008;16(3):615-22.
30. Bernardi F. Harb ABC. Levandovisk RM. Hidalgo MPL. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. *Rev. de Psiq. Rio Grande do Sul.* 2009;31(3):170-6.
31. Striegel-Moore RH. Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J. Eat Disord.* 2003;34(Suppl):19-29.
32. Silva I. Pais Ribeiro J. Cardoso H. Cirurgia da Obesidade: Qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2009;11(2) :196-210.
33. Machado CE. Zilberstein B. Cecconello I. Monteiro M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.* 2008;21(4):185-91.
34. Greenberg I. Sogg S. Perna M.F Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity (Silver Spring).* 2009;17:880-4.
35. Gordón PC. Kaio GH. Sallet PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. *Rev. de Psiquiatria Clínica.* 2011;38(4):148-54.