

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E FATORES EMOCIONAIS EM PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Cristiane de Souza Matos¹

Luiza de Avelar Paula²

Maria do Desterro de Figueiredo³

RESUMO

Obesidade é uma doença crônica que causa grave prejuízos na saúde física e emocional. O objetivo desse estudo é compreender como fatores emocionais e a insatisfação da imagem corporal, podem levar a comportamentos alimentares inadequados, tendo como consequência o ganho de peso mesmo após o procedimento bariátrico. Para tal compreensão foi realizado um estudo de caso com paciente em acompanhamento médico, no Centro Médico do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - SEMPR. Para a avaliação dos episódios de compulsão alimentar foi utilizado o instrumento BES – Binge Eating Scale, e o instrumento BSQ – Body Shape Questionnaire para avaliar os níveis de insatisfação com a imagem corporal, juntamente com entrevistas clínica semiestruturada e de livre estruturação. A análise do caso corrobora com as informações coletadas no levantamento bibliográfico, mostrando que as insatisfações com a imagem corporal e a busca do equilíbrio emocional por meio da ingestão calórica podem levar ao ganho de peso após

¹ Aluna do 8º período do curso de Psicologia da FAE Centro Universitário. Voluntária do Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC 2016-2017). *E-mail:* mattoscs@hotmail.com

² Aluna do 7º período do curso de Psicologia da FAE Centro Universitário. Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC 2016-2017). *E-mail:* luiza1avelar@gmail.com

³ Orientadora da pesquisa. Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná. Professora da FAE Centro Universitário. Coordenadora do LATOS – Laboratório de Pesquisa em Transtornos Alimentares, Obesidade e Saúde Mental da Psicologia da FAE Centro Universitário. *E-mail:* maria.defigueiredo@fae.edu

procedimento bariátrico. A paciente analisada, após oito anos de cirurgia bariátrica, apresentou critério grave para CAP – compulsão alimentar periódica, insatisfação da imagem corporal moderada, perfil beliscador com ingesta calórica em pequenas porções e a presença de buscas por alimentos em situações emocionais negativas, com reganho de peso. A perda de peso pós-cirúrgica não foi significativa, sendo de 31 kg e 22% do peso total inicial. Chegou a pesar 111 kg com IMC 38,9 kg/m² e, atualmente está com 129kg e IMC 45,7 kg/m². Fazem-se necessárias maiores investigações sobre a relação da ingesta calórica e as necessidades emocionais em pacientes pós-bariátricos.

Palavras-chave: Alimentação Emocional. Cirurgia Bariátrica. Reganho de Peso.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial que interfere na qualidade de vida tanto nos domínios físicos como nos emocionais de pacientes obesos (FIGUEIREDO, 2012). Questões socioculturais e as exigências por um corpo magro e esbelto levam indivíduos acima do peso a recorrerem aos mais variados tratamentos e as mais perigosas dietas (OLIVEIRA & HUTZ, 2010). O tratamento da obesidade consiste em mudanças de hábitos alimentares, atividade física, tratamento farmacológico e cirúrgico. A cirurgia bariátrica tem-se mostrado o método mais eficaz no tratamento para a perda de peso, principalmente para obesos mórbidos (SILVA E ARAÚJO, 2012).

Muitos indivíduos apresentam dificuldades em diferenciar a fome física da emocional e, estão acostumados a comer mesmo sem necessidade fisiológica. O comportamento alimentar inadequado pode ser o agente causador ou facilitador da obesidade. Este deve ser considerado antes da cirurgia bariátrica para o devido tratamento e prevenção do reganho de peso pós-cirúrgico (MARQUES, 2013).

O comportamento alimentar inadequado deve ser investigado já no início do tratamento da obesidade. Em estudo brasileiro foi identificado que, numa amostra de 168 mulheres com IMC inicial de $34,4 \pm 3,7$ kg/m², em tratamento clínico para obesidade, mais de 90% apresentavam hábitos alimentares irregulares com episódios de descontrole (FIGUEIREDO, 2012).

Para a realização dessa pesquisa, foi adotado o referencial teórico da Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung (2011), que compreende o ser humano em sua totalidade, com a concepção da indivisibilidade entre o corpo e a psique, revelando uma interação entre a doença física e a emocional. “Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas, mesmo quando não seja psiquicamente causada” (§194). Na investigação dos fenômenos psicológicos, o ser humano é visto como possuidor de aspectos conscientes e inconscientes, além de considerar a interação psíquica entre o pesquisado e pesquisador (PENNA, 2007). Para tal, foram utilizados os instrumentos de avaliação dos episódios de compulsão alimentar periódico BES – Binge Eating Scale, o instrumento BSQ – Body Shape Questionnaire para avaliar os níveis de insatisfação com a imagem corporal, e as entrevistas clínica semiestruturada e de livre estruturação para maior compreensão da psique da paciente.

Pressupõe-se que exista a influência dos fatores emocionais e a insatisfação com a imagem corporal alterando o comportamento alimentar e, com isso facilitando o reganho de peso, após procedimento cirúrgico. O objetivo desse estudo é compreender o quanto a percepção da imagem corporal e os fatores emocionais influenciam no comportamento alimentar em paciente submetida à cirurgia bariátrica e no resultado cirúrgico, após dois anos de cirurgia.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 HISTÓRIA DA OBESIDADE

A obesidade possivelmente é a doença mais antiga da existência da humanidade (BORGES; BORGES; SANTOS, 2006). Ao contrário do que se possa imaginar gordura nem sempre foi sinônimo de preguiça e desleixo, houve uma época em que era sinal de riqueza e poder. O historiador francês Vigarello (2012) pesquisou a história da obesidade desde o fim da Idade Média e traz à tona toda a contradição de como o obeso foi e, como é visto hoje.

Vigarrello (2012) cita que a gordura era considerada útil, ajudava na digestão, dava forma e protegia o corpo do frio. Até o século XIX, devido à falta de alimentos, a obesidade era associada a um nível socioeconômico elevado. No século XX, a obesidade deixa de ser símbolo de saúde, riqueza e prosperidade e se converte em doença. Na condição de doença acomete todas as classes sociais até às classes menos favorecidas.

A obesidade, enquanto uma doença epidêmica vem tomando dimensões alarmantes. De acordo com os dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO (2014) cresce o número de pessoas com excesso de peso no país, 53,9% dos brasileiros estão acima do peso, e 18,9% estão obesos. Dados comparativos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico- Ministério da Saúde – (VIGITEL) entre 2006 e 2015, confirmam o aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade entre os brasileiros (VIGITEL, 2015).

A OMS – Organização Mundial da Saúde (2008) classifica os quadros de obesidade por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que divide o peso em kg pelo quadrado da altura em metro. Conforme Quadro 1, classifica-se como obesidade IMC acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade, a OMS propõe a seguinte classificação: obesidade grau I - IMC entre 30 e 34,9kg/m²; obesidade grau II -IMC entre 35 e 39,9 kg/m²; e obesidade grau III -IMC maior que40 kg/m².

Quadro 1 – Classificação de peso pelo IMC.

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	Aumentado
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Moderado
Obeso I	30,0 a 34,9	Grave
Obeso II	35,0 a 39,9	Muito grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade – 3ª Ed. ABESO (2009/2010).

Sendo a obesidade uma doença multifatorial é importante ressaltar a presença dos distúrbios psicológicos, no tratamento da mesma. Sua manifestação, por meio de conflitos emocionais, traz no ato de comer uma demanda psicológica e não apenas um problema físico de peso (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

As consequências da obesidade são as mais diversas, além das doenças crônicas, indivíduos obesos sofrem com a discriminação, a exclusão, a aposentadoria precoce e até a morte antecipada (NÓBREGA, 2006).

1.2 TRATAMENTO DA OBESIDADE

O tratamento da obesidade vai além da melhora da imagem corporal, visa à redução das morbidades e mortalidades relacionada à obesidade e a melhora da qualidade de vida do paciente (BORGES; BORGES; SANTOS; 2006).

Em tempos atuais, são muitos os tratamentos para a perda de peso, com as mais variadas dietas, orientações físicas, psicoterapias e medicamentos. No entanto, os obesos mórbidos têm grande dificuldade de perder peso, necessitando de intervenções mais eficazes como a cirurgia bariátrica (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A cirurgia como tratamento da obesidade é utilizado em casos de obesidade severa grau III ou grau II, associados à comorbidades, com condição de obeso no mínimo há cinco anos e com dois anos de tratamentos clínicos, sem sucesso. É realizada uma avaliação, por uma equipe multidisciplinar, para que sejam selecionados pacientes emocionalmente preparados para enfrentar as mudanças necessárias após procedimento cirúrgico (NÓBREGA, 2012; FANDIÑO et al., 2004). O candidato à cirurgia deve estar ciente de todos os riscos e consequências do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico. A família precisa ser orientada e dar suporte constante (TRINDADE, 2014).

É realizada na cirurgia a redução do estômago em cerca de 20 centímetros cúbicos e com isso o estômago perde até 90% da capacidade de absorção. Consequentemente a pessoa ingere menos alimentos e já se sente saciada. Após um ano de cirurgia estima-se a perda de 40% do peso inicial (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). “A técnica mais utilizada é a Bypass em Y de Roux, que promove acentuada diminuição do estômago, em média reduzindo a um volume de 50 ml, [...] e a moderada redução na absorção de nutrientes com consequente perda ponderal” (SILVA; ARAÚJO, 2012 p.137).

O paciente deve se comprometer a cumprir diversas recomendações. No pré-operatório precisa ser avaliado pelo cirurgião, clínico, endocrinologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista. No pós-operatório deve adquirir novos hábitos alimentares com a ingestão de pequenas porções; iniciar suplementação com polivitamínicos; realizar atividades físicas e manter acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Complicações estão relacionadas com a técnica utilizada, na técnica Bypass em Y de Roux são associadas à síndrome de dumping: sensação de saciedade precoce, taquicardia, palpitação, diarreia, sudorese, perda de concentração, dentre outros. (TRINDADE, 2014).

A cirurgia bariátrica não tem fim em si mesmo, mas é o início de um processo complexo de perda de peso. Por isso, para maximizar os benefícios associados à realização da cirurgia, o acompanhamento pré e pós-operatório com uma equipe multidisciplinar é fundamental (SILVA; ARAÚJO, 2012; FANDIÑO et al., 2004).

A equipe interdisciplinar precisa esclarecer aos pacientes, que obesidade é um distúrbio crônico que requer tratamento em longo prazo, e independente do tratamento há a necessidade de modificar os hábitos alimentares e incluir na rotina a prática de atividade física para ter sucesso no tratamento (NÓBREGA, 2012).

1.3 SUCESSO NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Marcelino e Patrício (2011) constataram em seu estudo que as sucessivas dificuldades e frustrações no combate da obesidade e a expectativa da cura definitiva levam as pessoas a decisão de se submeter à cirurgia bariátrica. Diferente do que alguns imaginam, após a cirurgia, ainda existem desafios para serem enfrentados e precisam reaprender novos hábitos para conseguir uma saúde integral.

A obesidade está relacionada à evolução de doenças crônicas com consequências na qualidade de vida. Atualmente o tratamento cirúrgico tem sido o único tratamento efetivo para a obesidade mórbida, possibilitando significativa perda de peso e importante melhora nas comorbidades clínicas. O sucesso cirúrgico não depende apenas do procedimento, mas também da aderência dos pacientes ao tratamento (TRINDADE; 2014).

O sucesso da cirurgia pode ser avaliado por meio do percentual de Perda de Excesso de Peso (%PEP) sendo o esperado acima de 50%. Esse resultado pode variar dependendo da técnica utilizada. Estudos de cirurgia de bypass gástrico mostram que a perda de peso normal esperada do primeiro ano, é de cerca de 60% de excesso de peso. No segundo ano é cerca de 70%, seguido de 60% do quinto ano. Uma média de 60% dos pacientes atingem esses valores, porém cerca de 30% recuperam algum peso. O BGYR produz perda de peso significativa, variando de 57% a 70% do excesso de peso corporal em um ano (TRINDADE; 2014).

Por meio do questionário BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Out come System), também pode ser avaliado o sucesso em cirurgia bariátrica. Neste questionário são analisados critérios objetivos, como perda do excesso de peso e redução da comorbidez. Bem como critérios subjetivos, informados pelos pacientes, a saber: melhora da autoestima, atividade física, relações sociais, disposição para o trabalho e atividade sexual. Após a cirurgia bariátrica pode-se perceber uma melhora significativa em diversas comorbidades tais como o diabetes, a hipertensão, a dislipidemia, a apneia do sono, esteatose hepática, a fibrose, o refluxo gastroesofágico e a osteoartrite (TRINDADE; 2014).

A cirurgia bariátrica é eficaz, mas não soluciona todos os fatores desencadeantes da obesidade. Pacientes com desordens alimentares precisam ser acompanhados para aumentar as possibilidades de sucesso pós-cirúrgico. Percebe-se que no tratamento da obesidade as mudanças de atitude e dos comportamentos alimentares é de extrema importância mesmo para os que se submetem a cirurgia bariátrica. Não mudar hábitos alimentares pós-cirurgia aumenta o risco de insucesso pós-operatório (SILVA; ARAÚJO, 2012).

No pós-operatório é necessário acompanhamento multiprofissional para maximizar a perda e prevenir o reganho de peso, prevenir deficiências nutricionais e perceber rapidamente possíveis complicações com a cirurgia (TRINDADE, 2014).

1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA OBESIDADE

Desde os momentos iniciais da vida, as primeiras satisfações estão ligadas ao alimento. A mãe ao alimentar seu bebê, substitui a tensão causada pelo desconforto da fome, pelo prazer da saciedade, voltando o bebê ao equilíbrio emocional. À medida que vai satisfazendo suas necessidades fisiológicas também vai construindo um relacionamento com a mãe (NÓBREGA, 2006). Já na infância inicia a relação entre o prazer e o comer.

A amamentação além de promover o vínculo mãe-filho, pode ser um dos fatores a ser considerado nos distúrbios alimentares. A mãe que não consegue identificar o choro de seu bebê, e para todos os desejos da criança, acaba por alimentá-la, confunde essa criança que não aprende a diferenciar sensação de fome e de saciedade e passa a associar o seu desconforto e frustração à ingestão de alimentos. Muitas mães por não saberem como expressar seu amor acabam por superalimentar a criança. (NÓBREGA, 2006).

Uma situação muito comum é a pressão para comer que alguns pais exercem em seus filhos, com o objetivo de que estes não tenham problemas alimentares. Mal sabem que essa pressão tem efeito oposto ao esperado. “Ao imporem suas próprias necessidades ou procurando moldar as necessidades dos filhos prejudicam seu desenvolvimento da capacidade destes em regular a ingestão energética” (VIANA et al 2009, p.9).

Quando adultos alguns indivíduos procuram alívios das emoções negativas nos alimentos. Situações de estresse severo, tédio, tristeza, solidão ou mesmo o fracasso de manter uma dieta, faz com que essas pessoas aumentem a ingesta calórica na busca de um equilíbrio emocional, tendo como consequência o aumento de peso (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Nos dias de hoje há grande preocupação estética que cultua o corpo magro, a magreza é vista como padrão de beleza, já a obesidade é razão de sofrimento psicológico, discriminação e comprometimento da qualidade de vida. As experiências do obeso não conseguir manter o peso adequado e a grande insatisfação com a imagem corporal, muitas vezes faz com que suas vidas girem entre alimentos, dietas, peso e forma corporal (SILVA; ARAÚJO, 2012; BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

A obesidade contribui para o surgimento de doenças crônicas e de sofrimento psicossociais. Indivíduos na tentativa de perder peso e não ter sucesso é possível que manifestem outros problemas como a frustração, ansiedade, estresse e até a depressão, que podem levar a escolhas erradas da alimentação, agravando a situação (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). Um estudo com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica identificou que, quando os aspectos psicológicos não eram levados em consideração, sintomas de angústia e vazio, estes contribuía para o ganho de peso (MOTA; COSTA; ALMEIDA, 2014).

O comportamento humano pode ser influenciado pela fome que é um instinto de autoconservação (JUNG, 2011). Compreender o comportamento alimentar e os fenômenos psíquicos envolvidos não é uma trajetória fácil, no entanto para se ter sucesso na perda de peso não se deve apenas cessar a ingesta alimentar, mas sim reconhecer qual a função e o significado que tem o ato de comer para o indivíduo.

1.5 COMPORTAMENTO ALIMENTAR X FATORES EMOCIONAIS

Para Jung (2011) fome é um dos instintos que move o ser humano para a vida. A interação do instinto com a situação do momento existente é chamado de instinto modificado, ou seja, o comportamento alimentar pode alterar-se dependendo da situação vivenciada.

O padrão alimentar é um fenômeno que vai além do ato de comer e de nutrir. O alimento pode simbolizar desde o amor à destruição. Ao não saber diferenciar necessidades fisiológicas, alguns indivíduos passam a usar o alimento como resposta às suas emoções. A comida passa a ocupar um papel central, sendo utilizada para entorpecer, mediar à dor e aliviar os sintomas (NÓBREGA, 2006; MARQUES, 2013).

Em estudo brasileiro observou-se que conflitos pessoais influenciaram no consumo alimentar em 94 casos (52,2%). Os principais conflitos apontados antes do tratamento foram: angústia em 40 casos (42,5%), problemas familiares em 25 casos (26,7%), estresse no trabalho em 19 casos (20,2%) e conflitos conjugais em 10 casos (10,6%). Identificou-se que o comportamento alimentar em indivíduos obesos está relacionado com o humor. Nas mulheres com humor instável houve maior frequência de hábitos alimentares irregulares. A oscilação do humor foi associada ao aumento do apetite em 145 mulheres (80,5%) (FIGUEIREDO, 2012).

Esta oscilação de humor exacerbada pode levar pacientes obesos a um comportamento compulsivo, chegando a extrema falta de controle e sofrimento psíquico. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014) o Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (TCAP) é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período limitado de tempo (até duas horas) acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que ou quanto se come. Esses episódios devem ocorrer uma vez por semana nos últimos três meses, não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para perder peso. Os episódios são acompanhados de grande prazer no momento da ingesta calórica, seguido por sensação de culpa, angústia e vergonha.

Normalmente, pacientes obesos com episódios de compulsão alimentar tem maior instabilidade no peso do que pacientes obesos sem compulsão. Apresentam maiores níveis de desinibição na ingestão, comportamento alimentar disfuncional, insatisfação com autoimagem, com início precoce de sobrepeso e dietas e com maior prevalência de complicações psiquiátricas. Sabe-se que na população candidata a cirurgia bariátrica há uma elevada prevalência de pacientes com compulsão alimentar do que na população em geral (GORDON; KAIO; SALLET, 2011; BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Quando pacientes de cirurgia bariátrica utilizam o alimento para alívio de situações conflitantes, a compulsão alimentar que aparecia antes da cirurgia deve ser um alerta para outros comportamentos disfuncionais após a cirurgia. Geralmente após a estabilização do peso, a compulsão aparece com outro formato a de beliscador contínuo (GORDON; KAIO; SALLET; 2011).

Entre as desordens alimentares mais prevalentes em indivíduos obesos estão os comedores compulsivos. Associados a Compulsão Alimentar Periódica (CAP) estão as perturbações com a imagem corporal, os quadros depressivos, ansiosos e os traços de impulsividade (SILVA; ARAÚJO, 2012).

A insatisfação com a imagem corporal pode ser classificada como “a imagem que se tem na mente como o tamanho e a forma do próprio corpo, incluindo sentimentos em relação a essas características” (p.45). A insatisfação é capaz de contribuir ou manter os transtornos alimentares como a anorexia, bulimia e a Compulsão Alimentar Periódica (CAMPANHA; CAMPANHA E TAVARES 2009).

Moreira e Batista (2009) em estudo com pacientes obesas com TCAP, concluíram que estas apresentavam níveis mais elevados no BSQ (Body Shape Questionnaire) do que mulheres sem TCAP. Questionam se a insatisfação com a imagem corporal seria decorrente primariamente do TCAP ou seria secundária ao excesso de peso apresentado pelos pacientes. Para os autores esses valores mais elevados podem estar relacionados mais ao TCAP do que com a obesidade em si, como um reflexo das psicopatologias da TCAP como baixa autoestima, depressão e preocupação extrema com a aparência.

A fome é inconfundível, mas as consequências psíquicas podem ser múltiplas e variadas. Não somente as reações à fome podem ser as mais variadas como a própria fome pode ser desnaturada (JUNG, 2011). Pode-se relacionar essa fome “desnaturada” a compulsão alimentar, que é “uma fome” que leva o indivíduo a ser o seu próprio algoz. De um instinto natural passa a ser um instinto desnaturado, desalmado, que pode levar o ser humano a sua própria falência, por meio de comorbidades ou da própria morte.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, que será realizado por meio de um estudo de caso respaldado em pesquisa bibliográfica e de um referencial teórico próprio da Psicologia Profunda de Carl Gustav Jung.

Segundo Yin (2015) estudo de caso é uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser

claramente evidentes” (p.17), ou seja, o pesquisador investiga e entende um fenômeno e assume que este entendimento provavelmente engloba o seu caso. Já para Gil (2008) o “estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (...)” (p.58).

A pesquisa com base na Psicologia Analítica de C. G. Jung é entendida a partir do conceito de paradigma, em que compreende três elementos fundamentais, sendo eles ontologia, epistemologia e metodologia. O paradigma junguiano baseia-se em uma concepção ontológica que o ser humano é visto em sua totalidade não separando domínios consciente e inconsciente. Epistemologicamente o conhecimento e o autoconhecimento não se separam e a proposta é considerar o conhecimento do inconsciente. O método de investigação inclui uma perspectiva tanto subjetiva quanto objetiva da realidade psíquica e permite pesquisar a nível pessoal quanto coletivo. O pesquisador precisa ser um participante ativo em todo o processo, com postura crítica e ética frente ao conhecimento. É necessária atenção aos aspectos inconscientes do pesquisador para certificar uma pesquisa eficiente. O símbolo é o objeto de toda pesquisa analítica, sendo possível por meio dele adquirir conhecimento dos fenômenos psíquicos inconscientes. O símbolo estudo é o alimento (PENNA, 2007).

A amostra é tipificada, sendo constituída de uma paciente atendida no Centro Médico do SEMPR – Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas do Paraná, concomitantemente, com o ambulatório da Obesidade e Síndrome Metabólica e que seja voluntária do projeto maior. Por meio de uma abordagem compreensiva, simbólica e interpretativa dos fenômenos, irá se buscar os significados e representações pessoais que a mesma tem do ato alimentar e do que é considerado sucesso ou fracasso de cirurgia. A paciente será entrevistada após a aceitação do Termo de Consentimento livre e esclarecido referente ao estudo maior, intitulado “Perfil psicológico e saúde mental em mulheres após 02 anos de cirurgia bariátrica num referencial analítico – Tipos psicológicos e a função emocional do comer”.

Para a investigação clínica dos níveis de insatisfação com a imagem corporal será aplicado o Questionário Sobre a Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire - BSQ), desenvolvido por Cooper et al; (1987) e validado por Di Pietro (2009); para a investigação clínica dos episódios compulsivos será aplicado o instrumento BES (Binge Eating Scale) com tradução e adaptação brasileira realizada por Freitas et al. (2001) e confirmados por entrevistas semiestruturadas e de livre estruturação, respaldadas nos critérios diagnósticos do DSM-V para o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. O levantamento dos dados e a investigação dos aspectos psicológicos e do comportamento alimentar se deu no Centro Médico do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - SEMPR, na data de 08 de novembro de 2016.

O estudo refere-se a um braço do projeto de doutorado da orientadora deste trabalho, o qual foi aprovado no Programa de Pós Graduação da UFPR (Stricto sensu) em Medicina Interna do Hospital de Clínicas da UFPR, e submetido pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HC-UFPR, com aprovação deste departamento, sob o número 59996016.9.0000.0096, do CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

2.1 INSTRUMENTOS

2.1.1 Escala de Bes - Binge Eating Scale

Para a investigação dos episódios de compulsão alimentar foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP, também conhecida como Binge Eating Scale – BES. Esta consiste em um questionário de autopreenchimento, utilizado para diferenciar níveis de acordo com a intensidade de a compulsão alimentar periódica (CAP). Integra a escala uma lista de 16 itens e 62 afirmativas. O indivíduo deve selecionar o item que melhor lhe representa. As afirmativas correspondem um número de pontos de 0 a 3, sendo 0 a ausência e 3 a gravidade máxima da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem episódios compulsivos; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com episódios compulsivos moderados; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com a forma grave.

A ECAP é uma boa medida para investigar as cognições relacionadas à alimentação e ao peso e para avaliar o sofrimento a elas associado. Altos escores na ECAP poderiam ser mais um marcador da psicopatologia associada ao transtorno do que do próprio transtorno em si. Sugerem que seja utilizado o escore de 17 (sensibilidade = 84,8%) como ponto de corte para que se obtenha sensibilidade suficiente e que o diagnóstico seja sempre confirmado por uma entrevista clínica. A ECAP é eficaz para rastrear pacientes obesos com CAP e para planejar estratégias terapêuticas adequadas e na avaliação sequencial do tratamento. Percebendo que pacientes obesos com CAP parecem apresentar uma evolução clínica diferente dos obesos sem CAP (FREITAS et al, 2001).

2.1. BSQ – Body Shape Questionnaire

Para pesquisar os níveis de insatisfação com a imagem corporal foi aplicado o Questionário Sobre a Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire - BSQ), desenvolvido por Cooper et al; (1987) e validado por Di Pietro (2009). Este é um teste específico de autopreenchimento com 34 perguntas para serem respondidas segundo a escala Likert de seis pontos (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = muito frequentemente, 6 = sempre). O total de pontos mensura os níveis de preocupação com a imagem corporal. Com o resultado menor ou igual a 110 pontos, é considerado um padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal. Resultado entre 111 e 138 pontos é classificado como uma leve distorção da imagem corporal; resultado maior que 138 até 167 é classificado como uma moderada distorção da imagem corporal; e acima de 167 pontos a classificação é de grave distorção da imagem corporal. Das 34 questões da escala, questões 04, 02, 21, 17, 24, 28, 22, 23, 30, 14, 03, 06, 34, 16, 09, 05, 11, 10, 01, 33, 15, E 19 constituíram o primeiro fator correspondente a uma dimensão que, dado seu conteúdo, poderia ser chamada de “auto percepção da forma do corpo”. As perguntas 31, 20, 29, 12 e 25 são agrupadas em um segundo fator que corresponderia a uma “percepção comparativa da imagem corporal”, enquanto as questões 32, 26, 07, 18 e 13 foram agrupadas em um fator que chamamos “Atitude em relação à alteração da imagem corporal”. Finalmente, as questões 08 e 27 correspondiam a uma última dimensão, que se refere a “alterações graves na percepção corporal”.

2.1.3 Entrevista Clínica

Foram utilizadas as entrevistas clínica semiestruturada e de livre estruturação para o levantamento dos dados socioeconômico, do histórico de vida, dos hábitos de vida e dos aspectos psicológicos envolvidos antes e após o procedimento cirúrgico da paciente analisada.

Para Tavares (2007) nas entrevistas semiestruturadas “o entrevistador tem clareza de seus objetivos, de que tipo de informação é necessária para atingi-los, de como esta informação deve ser obtida, quando ou em que sequência, em que condições devem ser investigadas e como deve ser considerada” (p.49). Esse método assegura a obtenção dos dados necessários de forma confiável e padronizada.

Mesmo a entrevista de livre estruturação, ou não estruturada, exige alguma forma de estruturação, é necessário que se conheçam suas metas, o papel de quem a conduz e os procedimentos pelos quais é possível atingir seus objetivos (TAVARES, 2007). As

entrevistas semiestruturada e a de livre estruturação se complementam ampliando a visão do pesquisador aos dados que estão sendo investigados.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos para esta análise foram conferidos pela pesquisadora responsável e registrados em um protocolo de dados eletrônico elaborado para a pesquisa em Excel. Após a assinatura do Termo de Consentimento, na data de 08 de novembro de 2016, foi entrevistada a paciente E. K. Paciente tem 39 anos é casada e tem uma filha; é autônoma e tem 2º Grau Incompleto. O método utilizado em sua cirurgia foi Fobi-Capella na data de 02/07/2008.

Em seu histórico de doenças, além de sofrer de Pressão Alta, Diabetes Tipo I e Hipertensão tem histórico de Depressão, após a cirurgia desenvolveu intolerância a lactose. Apresenta histórico familiar de obesidade. A doença a acompanha desde sua infância, tendo sido agravada por medicamentos. Realizou várias dietas por conta própria para emagrecer, não obtendo sucesso. Não pratica atividade física e optou pela cirurgia bariátrica para melhorar a saúde. Por causa do peso não brincava com a filha, não conseguia se abaixar e perdeu uma gestação.

Em relação às medidas antropométricas pré-cirúrgica apresentou estatura de 169,0 cm, peso de 142 kg e IMC de 49,8 kg/m². Seu melhor resultado após a cirurgia foi peso de 111 kg e IMC 39,37 kg/m². Atualmente apresenta peso de 129kg altura 168,0 e IMC de 45,7 kg/m².

Na escala BES, o ponto de corte utilizado foi o escore maior que 17, de acordo com recomendação dos autores que validaram a escala. O escore obtido foi 31, sendo considerado como grave para CAP. Paciente apresenta em relação a seu comportamento alimentar perfil compulsivo, mastigação rápida sem episódios de vômitos. Apresentando preferência por doces e aumenta a ingesta calórica quando há alteração de humor, principalmente em questões emocionais e relacionadas à família. Declara que se sente incapaz de controlar seus impulsos para comer. Relata que faz diversas dietas por conta própria e não consegue dar continuidade entrando em uma compulsão alimentar. Normalmente se alimenta em pequenas quantidades, várias vezes ao dia. Assim como aparece na literatura a compulsão alimentar pode ressurgir após a cirurgia como a de beliscador contínuo (GORDON; KAIO; SALLET; 2011).

O escore obtido no Questionário de Imagem Corporal – Body Shape Questionnaire (BSQ) foi de 153, indicando insatisfação com a imagem corporal em grau moderado. Quando investigada em relação à autopercepção, relata grande insatisfação com a imagem corporal e com o peso atual, percebendo-se “enorme” e com sentimentos negativos em relação a sua condição corpórea. Não gosta do que vê no espelho,

tem vergonha do corpo. Sentindo-se angustiada em relação ao seu peso. Gostaria de realizar cirurgias plásticas não sendo possível no momento. Ao ser questionada sobre uma palavra que a representasse antes e após a cirurgia, relata a mesma palavra para os dois momentos ser obesa e continuar obesa. A literatura aponta que a insatisfação com a imagem corporal é capaz de contribuir ou manter os transtornos alimentares como a Compulsão Alimentar Periódica (CAMPANHA; CAMPANHA E TAVARES 2009).

Em relação à percepção sobre o que entende sobre ser sucesso na cirurgia bariátrica, relata ser o conseguir emagrecer. No entanto no seu caso não vê como um sucesso, porque não atingiu a perda que esperava, tendo perdido o máximo de 30kg, o que representou para a paciente um “fracasso” e não sabe se faria o procedimento novamente. Acredita que para ter sucesso precisava emagrecer mais, gostaria de pesar 90kg, porém estaria feliz com 100 kg. De acordo com Trindade (2014) sucesso da cirurgia pode ser avaliado por meio do percentual de Perda de Excesso de Peso (%PEP) sendo o esperado acima de 50%, paciente perdeu apenas 22% do peso inicial.

Nas questões compreensivas, paciente refere dar valor sentimental ao ato de comer. Em suas palavras comer significa “tudo, mas uma tortura, no momento é bom esqueço todos os problemas, só depois que lembro do meu peso daí vira uma tortura, porque daí fico triste e quando estou triste só quero comer”. “Quando estou com algum problema pessoal, financeiro ou com alguém da família desconto na comida, como mesmo”. “Preciso comer para relaxar e aliviar o estresse, depois que chego em casa só consigo relaxar depois de comer”. “Quando sinto raiva para não sair brigando também como”. “Mas eu também como porque gosto, sinto prazer mesmo, comer é bom, daí quando vou me dar conta, belisquei o dia todo”. “Se tem alguma coisa que eu gosto toda hora dou uma passadinha lá e pego um pedacinho, e assim vai o dia todo”. “Quando estou triste como um pedaço de bolo já fico mais alegrinha”. “A comida me distrai, daí não penso tanto nos problemas”. “Não gosto de espelho, não gosto do que vejo, preciso emagrecer, eu sei disso”.

Paciente informa que a saúde sexual piorou após a cirurgia e classifica sua autoestima como péssima, a relação amorosa boa e seu relacionamento familiar ótimo. A capacidade de se relacionar socialmente classifica como boa, e a disposição para o trabalho regular. Quanto a seus pais, classificou-os como pai ausente e mãe rígida. Declara que não costuma comer escondido e não tem o hábito de beber ou usar drogas.

Percebe-se que o comportamento alimentar da paciente não é apenas para satisfazer suas necessidades fisiológicas. O instinto da fome aparece como um instinto modificado, e as consequências são comportamentos alimentares disfuncionais, em que se alimentar significar amenizar a angustia, o estresse, a tristeza e a raiva. Na escala BES – paciente apresentou CAP grave, confirmando que a fome desnaturada aparece

na paciente como a compulsão, ao não conseguir se controlar extrapola os limites do próprio corpo comendo exageradamente. No BSQ, paciente apresenta insatisfação moderada para a imagem corporal e relata que ao pensar em sua imagem corporal sente-se angustiada, e ao sentir-se angustiada utiliza a ingesta calórica para o equilíbrio emocional. Mesmo após procedimento bariátrico paciente se descontrola, e por não conseguir ingerir muitas calorias ao mesmo tempo, ingere menor quantidade em maior tempo, declara comer o tempo todo. As consequências foram não perder o percentual esperado (%PEP) e após dois anos de cirurgia começou o reganho de peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender por meio da análise do estudo de caso que, muitas vezes, a paciente usa a ingesta calórica para aliviar sua ansiedade referente aos vários aspectos de sua vida tais como conflitos familiares, afetivos, sociais, sexuais e a insatisfação com a própria imagem corporal. Relatou que tem vergonha de si por causa de seu peso. Gostaria de ser vista como bonita, porém a insatisfação com a própria imagem corporal não a permitiu se classificar com outros adjetivos que não fosse obesa e enorme. Não gosta do próprio corpo, tendo como consequência baixa autoestima e vida sexual insatisfatória. Informou sentir-se totalmente incapaz de controlar seus impulsos na ingestão alimentar, mostrando que após a cirurgia, de compulsão alimentar passou a beliscador contínuo.

A análise do caso corrobora com as informações coletadas no levantamento bibliográfico, mostrando que a insatisfação com a imagem corporal e busca do equilíbrio emocional podem levar ao comportamento alimentar irregular com aumento da ingesta calórica, ocasionando reganho de peso após procedimento bariátrico. Pretende-se em próximos estudos investigar se há um ciclo vicioso entre a insatisfação com a imagem corporal e a compulsão alimentar periódica.

Para uma melhor estratégia terapêutica no tratamento clínico da obesidade é importante incluir na avaliação clínica pré-cirúrgica o perfil de fatores de riscos comportamentais dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Identificar um paciente com perfil compulsivo ou com distorção da imagem corporal antes da cirurgia pode evitar o reganho de peso no pós-cirúrgico, melhorando as chances do sucesso. Fazem-se necessárias maiores investigações sobre a relação da ingesta calórica e as necessidades emocionais em pacientes pós-bariátricos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Mapa da obesidade**. 2014. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

_____. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2017

BERNARDI, F.; CICHELO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev. 2005.

BORGES, C. B. N.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. Tratamento clínico da obesidade. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 246-252, abr./jun. 2006.

CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8 n. 3, dez. 2009.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Validade interna, dimensionalidade e desempenho do questionário body shape em um grupo de estudantes universitários brasileiros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-24, mar. 2009.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 215-20, dez. 2001.

FIGUEIREDO, M. D. **Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORDON, P. C.; KAIO, G. H.; SALLET, P. C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 148-54, jan. 2011.

JUNG, C. J. **A natureza da psique**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. (Obras Completas). v. 8.

_____. **Psicologia do inconsciente**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. (Obras Completas). v. 7.

SILVA, M.O.; ARAÚJO, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar e cirurgia bariátrica: relação e implicações. **Comunicação em Ciência da Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 135-142, dez. 2012.

MARQUES, S. I. P. **Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, dez. 2011.

MOTA, D. C. L.; COSTA, T. M. B.; ALMEIDA, S. S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n.3, p.100-113, set./dez. 2014.

MOREIRA, R. O.; BATISTA, A. P. C. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 130-131, jan./abr. 2007.

NÓBREGA, A. G. S. **Vivências e significados da obesidade e do emagrecimento através da cirurgia bariátrica**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.

PENNA, E. M. D. O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. **Psicologia USP**, v. 16, n. 3, p. 71-94, ago. 2005.

_____. Pesquisa em Psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 57, n. 127, p. 127-138, dez. 2007.

PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P.; JUNIOR, A. H. L. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47 n. 2, p. 111-127, abr. 2003.

SILVA, M.O.; ARAÚJO, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar e cirurgia bariátrica: relação e implicações. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2012.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico**. 5. ed. Rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed, 2007. v. 5. p. 45-56.

TRINDADE, E. N. **Avaliação de preditores de perda de peso e sucesso da gastroplastia com derivação intestinal para o tratamento da obesidade em um hospital universitário pelo sistema único de saúde**. 2014. 75 f. Tese (Doutorado em Medicina: Ciências Cirúrgicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VIANA V. et al. Comportamento alimentar em crianças e controle parental: uma revisão da bibliografia. **Alimentação Humana**, Porto, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2009.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade. Petrópolis: Vozes, 2012.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (VIGITEL). **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/14/Excesso-de-peso--obesidade-e-alimentacao---05.07.16.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.