



ASPECTOS ORGÂNICOS, PSÍQUICOS E NUTRICIONAIS EM PACIENTES BARIÁTRICOS

ORGANIC, PSYCHOLOGICAL AND NUTRITIONAL ASPECTS IN BARIATRIC PATIENTS

ASPECTOS ORGÂNICOS, PSÍQUICOS Y NUTRICIONALES EN PACIENTES BARIÁTRICOS

Ana Célia Ayres Delloso*

Mabile Francine F. Silva**

Maria Cláudia Cunha***

Resumo

Objetivo: Investigar as possíveis complicações no processo de alimentação dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com a técnica de RYGBP, numa abordagem biopsíquica. **Método:** estudo retrospectivo de natureza clínico quantitativa, realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica de um hospital público do interior de São Paulo. **Casuística:** 47 pacientes que apresentaram complicações no processo de alimentação pós-cirurgia bariátrica, com sintomas orgânicos, psíquicos ou ambos, na faixa etária de 27 a 63 anos, 05 do sexo masculino e 42 do sexo feminino. **Procedimento:** Levantamento e categorização dos sintomas orgânicos e psíquicos, a partir da análise de prontuários no período de fevereiro de 2004 a dezembro de 2010, seguido de análise estatística descritiva do material coletado. **Resultados:** 31 pacientes (65,95%) apresentaram sintomas psíquicos: dependência afetiva, ansiedade e angústia, imagem corporal distorcida, transtornos compulsivos obsessivos e depressão, segundo avaliação psicológica e psiquiátrica; 12 pacientes (25,53%) apresentaram sintomas orgânicos: deslocamento e retirada de anel de contenção, hérnia hiatal, refluxo gastro esofágico, colecistite e fistulas gástricas segundo avaliação médica; e 04 pacientes (8,51%) apresentaram sintomas de ambas naturezas. **Conclusão:** Os resultados sugerem a pertinência de abordagens biopsíquicas a estes pacientes, o que implica em ajustes nas anamneses nutricionais tradicionais (diários e recordatórios) de maneira a abranger investigações psíquicas relacionadas aos desequilíbrios nutricionais pós-cirúrgicos.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, serviço hospitalar de nutrição, alimentação, fenômenos fisiológicos da nutrição, psicofisiologia.

*Nutricionista Clínica. Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; **Fonoaudióloga. Doutoranda em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; *** Fonoaudióloga. Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract

Objective: To investigate the possible complications in the process of feeding of patients undergoing bariatric surgery with the technique of RYGBP, in a biopsychic approach. **Method:** Retrospective study of clinical quantitative nature, performed at the Ambulatory of Bariatric Surgery of a public hospital in the countryside of São Paulo, according to established ethical standards for research involving human beings. **Casuistry:** 47 patients selected from a group of 183 medical records of patients operated on CB, who had complications in the process of feeding after CB with organics, psychics and both symptoms. Of the 47 patients, the age group was of 27 to 63 years old, five male and 42 female. **Procedure:** A survey and categorization of organics and psychics symptoms, from the analysis of medical records in period of February 2004 to December 2010, followed by statistical analysis of the collected material. **Results and Discussion:** 31 patients (65.95%) had psychics symptoms: emotional dependence, anxiety and anguish, distorted body image, obsessive compulsive disorders and depression according to psychological and psychiatric evaluation, 12 patients (25.53%) had organics symptoms: displacement and removal of containment ring, incision hernia, gastro esophageal reflux, cholecystitis and gastric fistulas according to medical evaluation, and four patients (8.51%) had both symptoms. **Conclusion:** The results suggest the need to invest in biopsychic approach of these patients with adjustments in traditional nutritional case histories (daily and recall) covering psychics investigations related to nutritional imbalances after surgery.

Keywords: bariatric surgery, food service, hospital complications, feeding, nutritional physiological phenomena, psychophysiology.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las posibles complicaciones en el proceso de alimentación de pacientes sometidos a cirugía bariátrica con la técnica DGYR, en un enfoque biopsíquico. **Métodos:** Estudio retrospectivo de carácter cuantitativo clínico, realizado en Consultas de Cirugía Bariátrica en un hospital público del interior de São Paulo. **Pacientes:** 47 pacientes que presentaron complicaciones en el proceso de alimentación después de la cirugía bariátrica, con síntomas orgánicos, psicológicos o ambos, en el grupo de edad de 27-63 años, 05 hombres y 42 mujeres. **Procedimiento:** Levantamiento y categorización de los síntomas orgánicos y psíquicos, basadas en el análisis de archivos en el periodo de febrero de 2004 a diciembre 2010, seguido de un análisis estadístico descriptivo de los materiales recogidos. **Resultados:** 31 pacientes (65,95%) presentaron síntomas psiquiátricos: dependencia afectiva, ansiedad y angustia, imagen corporal distorsionada, trastornos compulsivo obsesivos y depresión, segundo evaluación psiquiátrica y psicológica; 12 pacientes (25,53%) presentaron síntomas orgánicos: desplazamiento y eliminación de anillo de contención, hernia hiatal, reflujo gastro esofágico, fistulas gástricas y colecistitis segundo evaluación médica segundo; y 04 pacientes (8,51%) presentaron síntomas de ambas naturalezas. **Conclusión:** Los resultados sugieren la importancia del enfoque biopsíquico con estos pacientes, lo que implica ajustes en la anamnesis nutricional tradicional (diario y recuerdos) para abarcar investigaciones psíquicas relacionadas con los desequilibrios nutricionales postquirúrgicos.

Palabras-claves: cirugía bariátrica, servicio de alimentación en hospital, alimentación, fenómenos fisiológicos de la nutrición, psicofisiología.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada como psicossomática e apresentando fatores de risco

para algumas patologias consideradas graves, como: dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e osteoartrite. É investigada sob enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e já

é considerada um dos graves problemas de saúde pública¹.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009, revelam que 49% da população brasileira a partir dos 20 anos de idade tem excesso de peso². A pesquisa também aponta que quase metade dos adultos brasileiros apresentam sobrepeso, 14,8% apresentam obesidade e apenas 2,7% têm déficit de peso.

Existem vários graus de obesidade e, para classificá-los, é utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC), considerado padrão ouro para a avaliação do peso de um indivíduo. Atualmente, esse é o procedimento mais simples e difundido para a avaliação da obesidade, tanto para fins clínicos como de pesquisa.

De acordo com a OMS, o valor do IMC do indivíduo é calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado. A partir desse cálculo estabelece-se a obesidade quando o IMC é maior ou igual a 30 kg/m². Desse parâmetro resultam os graus, a saber: Grau I, quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 kg/m²; Grau II com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e Grau III com IMC acima de 40 kg/m².

Mas, na perspectiva do presente estudo, além dos fatores genéticos, ambientais, metabólicos e fisiológicos, são de suma importância as considerações acerca dos componentes psíquicos envolvidos na obesidade e das suas influências quanto aos aspectos nutricionais dos indivíduos obesos. Nessa direção, observa-se a presença significativa de sintomas psíquicos, além de transtornos alimentares, em pacientes gravemente obesos (Grau III) que procuram tratamento para emagrecer³.

A obesidade é uma patologia crônica de etiologia multifatorial e, portanto, o tratamento envolve vários aspectos: nutricional, uso de medicamentos anorexígenos e prática de exercícios físicos. Entretanto, vários pacientes não respondem a estas manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais efetiva⁴.

Por sua vez, o tratamento convencional – intervenções médicas, comportamentais e dietas

hipocalóricas – é ineficiente para a obesidade Grau III em longo prazo e, em 95% dos casos observa-se recuperação do peso inicial em até 2 anos. Desta forma, vem crescendo a indicação da cirurgia bariátrica (CB), considerada como o procedimento mais eficaz no tratamento e controle da obesidade grau III⁵. A CB é uma intervenção cirúrgica realizada no aparelho digestivo por meio de diversas técnicas^{1,6}.

As 03 técnicas cirúrgicas básicas são: restritivas (banda gástrica ajustável, Sleeve) disabsortivas (duodeno switch) e mistas (bypass gástrico por Y de Roux); baseadas em dois princípios: (1) a restrição da capacidade do estômago para armazenar os alimentos ingeridos a cada refeição, desta forma forçando a alimentação fracionada; (2) a restrição da capacidade de digestão e absorção de nutrientes pelo trato gastrointestinal, diminuindo a fração dos alimentos ingeridos que são efetivamente aproveitados⁶.

Embora reconhecendo que a CB é um dispositivo clínico efetivo para que indivíduos obesos alcancem perda de peso significativa, alguns pacientes apresentam complicações alimentares subseqüentes, principalmente no pós-operatório, relacionadas a problemas orgânicos e/ou psíquicos e com prejuízo de seu estado nutricional³.

As principais complicações de ordem orgânica são evitadas/reduzidas pela capacitação da equipe cirúrgica. Mas, podem ocorrer na fase intra operatória: lesões gástricas, acidentes com o grampeamento, torção na alça intestinal e hemorragias; pós-operatórias recentes: deiscências e fistulas nas suturas, estenoses, hérnias internas, aderências, obstruções por alimentos, deslizamento ou dilatação do anel, estrangulamento da banda ou fita; ou pós-operatória (menos ou mais tardias) vômitos e náuseas, hemorragias, complicações incisionais, colelitíase, hérnias incisionais, úlcera gástrica, refluxo gastroesofágico, fistulas gástricas, erosão do anel que necessite nova cirurgia e obstrução intestinal⁷.

As complicações nutricionais que normalmente se observam também de maneira mais, ou menos, tardia são: síndrome de *dumping*, anemia nutricional, alopecia, desnutrição protéica, deficiência proteica severa, anemias, deficiência de

vitaminas e minerais, ganho de peso e transtornos alimentares⁸.

Particularmente em obesos GIII, tem-se destacado deficiências de vitamina D, cálcio, ferro, e vitaminas antioxidantes (A, E e C), Vitamina B¹², e folato; sendo a deficiência de ferro a mais freqüente logo após a CB, seguida da de vitamina D, que deve ser diagnosticada precocemente para evitar manifestações clínicas de osteoporose. Portanto, as reposições dos macro e micronutrientes devem ser realizadas antes e após a cirurgia, num processo dinâmico^{9,10}.

Destaca-se que a perda de peso corporal é considerada fundamental para estabelecer o sucesso do resultado da CB e os valores considerados adequados (em relação à técnica de bypass gástrico) variam em torno de 15% após três meses, 35% após seis meses e podendo chegar a 65% após 12 a 18 meses, em relação ao peso corporal do indivíduo no início do tratamento. Explicando: o percentual da perda do excesso de peso (%PEP) é calculado pela fórmula: $PEP \times 100 / EP$, onde PEP é peso pré-operatório subtraído do peso atual, e EP o peso pré-operatório subtraído do peso ideal¹¹.

O ganho do peso após a CB é outra complicação provavelmente associada às adaptações fisiológicas decorrentes da intervenção cirúrgica, dentre elas: a dilatação da bolsa gástrica impedindo a saciedade precoce, a capacidade de absorção intestinal que aumenta com o decorrer do tempo, a presença de hábitos alimentares inadequados e o consumo de líquidos altamente calóricos¹².

Contudo, clínicos de diversas áreas de saúde compartilham reflexões sobre a chamada humanização do corpo na abordagem dos transtornos alimentares¹³. Assim, o envolvimento dos membros da equipe de especialistas no preparo do paciente bariátrico - considerando-se o bem estar físico e psíquico de cada indivíduo na sua singularidade - é indispensável para a efetividade do tratamento, desde a fase pré até a pós-cirúrgica,

Nessa perspectiva, dentre os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes nessa população, estão os transtornos do humor (ansiedade, angústia e depressão) e do comportamento alimentar (transtorno alimentar compulsivo periódico e a síndrome do comer noturno). A propósito, um estudo transversal descritivo em 50 pacientes candidatos a CB constatou que a prevalência de sintomas psíquicos nesses

indivíduos foi comparativamente maior que em não obesos, com destaque para depressão e ansiedade¹⁴. Outra pesquisa revelou que, no pré-operatório, os transtornos de ansiedade, de humor e o comer compulsivo são os mais prevalentes no contexto das comorbidades presentes, sendo que os autores sublinham que os resultados das investigações realizadas no pós-operatório ainda são inconclusivos¹⁵.

Acrescenta-se que vários estudos^{16,17,18} relataram a importância do seguimento pós-cirúrgico dos pacientes com transtornos de humor, pois existe a possibilidade de recidiva de quadros depressivos anteriores ou do desencadeamento de crise depressiva após a CB. Tais problemas podem evoluir para complicações psíquicas ainda mais graves (alcoolismo, consumo de drogas e suicídio), e pesquisas sobre seguimento pós-operatório de longo prazo reportaram que os transtornos psíquicos causam o óbito desses pacientes, sendo o suicídio a principal ocorrência¹⁹, especialmente naqueles previamente depressivos²⁰. Quadros de agressividade e angústia também foram evidenciados após a CB²¹.

Assim, a literatura assinala que, se por um lado, a CB tem sido indicada e realizada com frequência crescente; por outro, as suas consequências psíquicas ainda não estão bem definidas e exigem, portanto, estudos mais aprofundados²².

Feitas essas considerações, o objetivo desta pesquisa é investigar as possíveis complicações no processo de alimentação dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com a técnica de RYGBP, numa abordagem biopsíquica.

Método

Estudo retrospectivo, de natureza clínica quantitativa, realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica de um hospital público do interior de São Paulo que presta atendimentos a pacientes por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da instituição em que foi realizado (parecer nº 1258/10).

Casuística:

47 sujeitos que apresentaram complicações no processo de alimentação após a realização de CB, selecionados a partir de 183 prontuários

de pacientes submetidos à CB com a técnica de *bypass* gástrico, no período de fevereiro de 2004 a dezembro de 2010.

Os sujeitos foram distribuídos em 03 grupos:

Grupo A (GA) - Com complicações no processo de alimentação associadas a problemas orgânicos: deslocamento e retirada de anel de contenção, hérnia incisional, refluxo gastroesofágico, colecistite e fistulas gástricas por infecções no pós-operatório imediato, de acordo com diagnóstico médico.

Grupo B (GB) - Com complicações no processo de alimentação, ausência de problemas orgânicos que as justificassem (de acordo com diagnóstico médico) e com queixas psíquicas: dependência afetiva, ansiedade e angústia, imagem corporal distorcida, transtornos compulsivos obsessivos e depressão (de acordo com relatórios de acompanhamento psicológico).

Grupo C (GC)- Com complicações no processo de alimentação e problemas orgânicos e psíquicos, de acordo com os mesmos parâmetros de avaliação de GA e GB.

Procedimento

Os dados dos sujeitos (GA, GB e GC) foram sistematizados em planilha Excel de acordo com:

data de nascimento, idade, sexo, peso inicial, peso pré-cirurgia, (após perda de 10% do inicial), altura, índice de massa corpórea (IMC), data da CB; dados de avaliações médica e psicológica e de evolução nutricional (a partir da classificação do estado nutricional pela análise dos exames bioquímicos de dosagens de Ferro, Cálcio, Vitamina B¹² e proteínas totais).

Os resultados foram analisados por técnicas de estatística descritiva (frequencial e comparativa). Adotou-se nível de significância igual a 0,05 em todos os testes estatísticos (pacote Stata 9.1).

Resultados

No total de sujeitos (n=47) que apresentaram complicações alimentares pós CB (GA n=12, GB n=31 e GC n=4) não ocorreram diferenças estatisticamente significantes para idade (p=0,704), peso inicial (p=0,950), peso pré-cirúrgico (p=0,800) e índice de massa corpórea (p=0,863), conforme Tabela 1:

Tabela 1 : Comparação dos pacientes com complicações no processo alimentar (n=47), segundo tipo de problema e variáveis antropométricas e demográficas.

Variáveis	GA (n=12)	GB (n=31)	GC (n=4)	p*
	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	
Idade (anos)	47,8 (41,7 - 53,8)	47,5 (43,8 - 51,2)	44,0 (31,9 - 56,1)	0,704
Peso inicial (kg)	125,3 (114,0 - 136,6)	129,2 (118,8 - 139,5)	120,3 (103,5 - 137,0)	0,950
Peso pré-cirúrgico (kg)	112,9 (101,5 - 124,3)	115,5 (107,1 - 124,0)	106,4 (87,7 - 125,1)	0,800
IMC (kg/m ²)	50,8 (45,8 - 55,8)	50,9 (47,0 - 54,8)	48,4 (40,1 - 56,6)	0,863

*Teste de Kruskal-Wallis

Em relação à variável sexo, prevalece o feminino, conforme Tabela 2:

Tabela 2 : Distribuição do sexo, n= 47

Sexo	N	%	p-valor
Feminino	42	89,4%	<0,001
Masculino	5	10,6%	

Na análise da distribuição pela frequência relativa (percentuais) dos problemas (orgânicos e/ou psíquicos) associados às complicações alimentares observou-se prevalência dos problemas psíquicos (66%) com percentual estatisticamente significativo em relação aos orgânicos ou ambos, conforme Tabela 3:

Tabela 3: Distribuição de complicações alimentares por natureza do problema, n= 47

Problemas	N	%	P valor
Orgânicos	12	25,5%	
Psíquicos	31	66,0%	<0,001
Orgânicos e psíquicos	4	8,5%	

Em relação à subcategorização dos problemas (psíquicos e orgânicos) foi constatado que, dentre os psíquicos, destaca-se a ansiedade/angústia (65,9%) e dentre os orgânicos destaca-se o refluxo gastroesofágico (19,1%), conforme a Tabela 4:

Tabela 4: Frequência e categorização dos problemas psíquicos e orgânicos:

Problemas	Frequência	% (n=47)
Orgânicos		
Deslocamento do anel gástrico	6	12,7
Refluxo gastroesofágico	9	19,1
Fístula gástrica	2	4,2
Hérnia Incisional	2	4,2
Colecistite	4	8,5
Psíquicos		
Dependência afetiva	14	29
Ansiedade / Angústia	31	65,9
Imagem corporal distorcida	5	10,6
Transtornos compulsivos	18	39,2
Depressão	20	42,5

Acrescenta-se a esses resultados, a observação clínica de que as complicações alimentares foram predominantemente diagnosticadas após a introdução da alimentação sólida, isto é, a partir de 90 dias do pós-operatório. E que dentre os aspectos nutricionais, destacam-se as deficiências em proteínas, vitaminas e minerais, geralmente após 6 a 12 meses de CB.

Discussão

Os resultados obtidos quanto ao aspecto psíquico corroboram dados da literatura, na qual se destacam os seguintes dados: os sintomas psíquicos surgem na fase pré-operatória: (transtornos de ansiedade e humor e o comer compulsivo^{14, 15}) e pós-operatória (sensação de vazio, perda do interesse pelo trabalho e angústia) e culminam com os transtornos depressivos e os traços impulsivos que induzem à ingestão do alimento²².

Outros trabalhos revelam que o emagrecimento súbito incorre em quadros de tristeza, angústia e

depressão (seguidos de atos compulsivos), além de ansiedade, alcoolismo e consumo de drogas, muitas vezes seguidas de suicídio^{19, 20}. Nessa direção, sugere-se a importância do seguimento pós-cirúrgico de sujeitos com transtornos psíquicos em pesquisas futuras.

Dentre os problemas orgânicos, todos os que ocorreram na população estudada (deslocamento do anel gástrico, refluxo gastroesofágico, fístula gástrica, hérnia incisional e colecistite) são referidos na literatura^{5, 7,8,16}.

Considerações finais

O estudo revelou que os pacientes bariátricos apresentaram maior prevalência dos problemas psíquicos em relação aos orgânicos ou a ambos, quando associados a complicações alimentares.

Assim, compete ao profissional nutricionista rever seus inquéritos e anamneses alimentares tradicionais, incluindo questões que investiguem os conteúdos psíquicos desta população,

potencialmente associados aos desequilíbrios nutricionais pós-cirúrgicos.

A continuidade do presente estudo versará sobre o acompanhamento da evolução nutricional, comparativamente entre pacientes com problemas psíquicos e/ou orgânicos.

Agradecimentos: à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pela concessão da Bolsa de Estudos e ao Departamento de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba pela realização da pesquisa.

Declaração: os autores declaram não haver conflitos de interesse científico neste estudo.

REFERÊNCIA

- 1- Agra G, Henriques MERM. Vivência de mulheres que sobreviveram à gastroplastia. *Rev. Eletr. Enferm.* 2009; 11(4): 982-92.
- 2- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- 3- Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2004; 26(1): 47-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>.
- 4- Toledo C, Guimarães R, Camilo G, Moraes F. Qualidade de Vida no Pós-Operatório Tardio de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica. *Rev. APS.* 2010; 13(2): 202-9.
- 5- Silva MRSB, Silva RSB, Ferreira AD. Intolerância alimentar pós-operatória e perda de peso em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica pela técnica Bypass Gástrico. *J Health Sci Inst.* 2011; 29(1): 41-4.
- 6- Malheiros CA, Rodrigues FCM. Quando indicar cirurgia para a obesidade mórbida?. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2000; 46(4): 303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-4230200000400021>.
- 7- Baretta GAP, Marchesini JB, Marchesini JCD, Brenner S, Sanches MER. Anemia pós-cirurgia bariátrica: as causas nem sempre são relacionadas à cirurgia. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2008; 21(2): 95-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000200012>.
- 8- Burgos MG, Salviano FN. Complicações Alimentares no Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. In: Lima DSC, Coelho PBP. *Nutrição em Cirurgia Bariátrica.* Rio de Janeiro. Ed. Rubio; 2011. Unidade 12, p. 131-150.
- 9- Lima DCC, Coelho PBP. Deficiências Nutricionais no Pré-Operatório. In: Lima DSC, Coelho PBP. *Nutrição em Cirurgia Bariátrica.* Rio de Janeiro. Ed. Rubio; 2011. Unidade 10, p. 101-108.
- 10- Mason EE, Requist KE.. “Gallbladder management in obesity surgery.” *Obes Surg.* 2002; 12(2): 222-9.
- 11 - Coppini ZL. Avaliação Nutricional em Pré e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Nutrição em Cirurgia Bariátrica.* Rio de Janeiro. Ed. Rubio; 2011. Unidade 9, p. 91-100.
- 12- Malone M, Alger-Mayer S. Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one year study. *Obesity Res.* 2004; 12(3): 473-81.
- 13- Palladino RRR, Cunha MC, Souza LA. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Profono Rev. Atual. Cient.* 2007, 19(2): 205-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000200009>.
- 14- Irrazaval ME, Gomez E, Josep P, Pablo J. Características generales y psiquiátricas en pacientes con obesidad mórbida. *Psiquiatr. Salud Mental.* 2003; 8(4): 1986-93.
- 15- Sawyer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric. *Obes. Res.* 2005; 13: 639-48.
- 16- Dixon TB, O'Brien PE. Changes in comorbidities and improvement in quality of life after Lap Band placement. *Am. J. Surg.* 2002; 184(6): 51-2.
- 17- Miller AD, Smith KM. Medication and nutrient administration considerations after bariatric surgery. *Am J Health-Syst Pharm.* 2006; 63: 1852-7. doi: [10.2146/ajhp060033](https://doi.org/10.2146/ajhp060033).
- 18- Mariath, AB, Grillo LP, Silva RO, Schmitz P, Campos IC, Medina JRP, Kruger RM. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(4): 897-905. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400017>.
- 19- Appolinário JC. Transtornos alimentares. In: Botega NJ, ed. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 325-40.
- 20- Omalu BI, Cho P, Shakir AM, Agumadu UH, Rozin L, Kuller LH, Wecht CH. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. 2005; 1(4): 447-9.
- 21- Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiquiatr RS.* 2007; 29(3): 324-7.
- 22- Magdaleno JR R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Rev. Psiquiatr RS.* 2009; 31(1): 73-8. Dói: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000100013>.

Endereço para correspondência:

Ana Célia Ayres Dellosso

E-mail: ana.dellosso@terra.com.br

Recebido em outubro/12; **Aprovado em** dezembro/12.