

**ENDEREÇO:**

Rua Agnelo de Brito, 187
Centro Empresarial Henry Dunant
1ro. Andar - Bairro Federação
Salvador - BAHIA – Brasil

TELEFONES / FAX: +55 71 3235-1342

E-MAIL: info@ntco.com.br

O Ato de Comer após a Cirurgia

Sheyna Vasconcellos

Spitzer in Santos (1993) evidenciou em seus estudos epidemiológicos, que 30% dos pacientes que procuravam tratamento para emagrecer apresentavam o transtorno de comer compulsivo (TCC) e que há uma prevalência deste transtorno no sexo feminino. O DSM IV (1995), Apêndice B, estabelece os seguintes critérios para o diagnóstico de TCC:

A) Um episódio de ataque de comer é caracterizado por:

(1) Comer num breve período de tempo (ex. num período de 2 horas) uma quantidade de comida considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo espaço de tempo e nas mesmas condições;

(2) Uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que e o quanto come durante os episódios.

B) Os episódios de ataque de comer estão associados à pelo menos três ou mais dos seguintes itens:

1) Comer mais rápido que o usual;

2) Comer até se sentir inconfortavelmente “cheio”;

3) Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome;

4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo;

5) Sentir-se decepcionado, deprimido, sentindo-se culpado após a superingestão.

C) O ataque de comer provoca um marcante desconforto



ENDEREÇO:

Rua Agnelo de Brito, 187
Centro Empresarial Henry Dunant
1ro. Andar - Bairro Federação
Salvador - BAHIA – Brasil
TELEFONES / FAX: +55 71 3235-1342
E-MAIL: info@ntco.com.br

D) Os ataques de comer ocorrem em média duas vezes por semana durante seis meses.

E) O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p.ex. do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia.

No pós-cirúrgico há o estabelecimento de uma pausa no ato alimentar. Se antes os pacientes eram acometidos de uma compulsão referente ao ato de comer traduzido em um comer desenfreado, ataques noturnos à geladeira e ingestão de uma grande quantidade de alimentos, após a intervenção cirúrgica este ato sofre um corte fisiológico cuja incidência psíquica deixa suas marcas. O paciente tem que aprender a comer novamente, não só em relação à qualidade dos alimentos, como também à forma de comer. Ele é instruído a mastigar mais os alimentos e mais lentamente, se o mesmo não obedece a esta instrução acaba por sentir dores ao engolir os alimentos, podendo vomitá-los em seguida. Nos primeiros 15 dias após a cirurgia, o paciente só poderá ingerir líquidos, no período seguinte a este, serão introduzidos os alimentos pastosos até que o organismo do paciente vá se acostumando com o novo estômago.

Alguns pacientes apresentam dificuldades de adaptação ao volume alimentar, imposto pela cirurgia enquanto outros ficam frustrados ao perceberem que podem comer com tranqüilidade os alimentos. Percebe-se que os anseios referentes à limitação mecânica do procedimento cirúrgico guardam uma íntima relação com as questões psicológicas dos pacientes. A relação prévia que o paciente estabelecia com o alimento vai moldar o processo adaptativo em relação à cirurgia. Uns apresentam muitos vômitos, outros tem dificuldades com determinados alimentos. Aqueles cujo sintoma psicológico circula em torno de uma automutilação acabam por desejar inconscientemente serem punidos ao cometer excessos alimentares, outros desenvolvem uma fobia ao ato alimentar temendo os vômitos ou mal estar provenientes da alimentação excessiva (Kaufman, 1993).

**ENDEREÇO:**

Rua Agnelo de Brito, 187
Centro Empresarial Henry Dunant
1ro. Andar - Bairro Federação
Salvador - BAHIA – Brasil
TELEFONES / FAX: +55 71 3235-1342
E-MAIL: info@ntco.com.br

Compreende-se que o paciente tinha uma relação com a comida que é modificada pelo tratamento, resultando num deslocamento da libido do objeto comida para outros objetos em decorrência da impossibilidade de utilização da mesma nos mesmos moldes de antes. A libido é concebida neste texto como uma energia psíquica que o sujeito investe nos objetos, pessoas, atividades, interesses (Freud, 1894). Essa libido não desaparece quando se tira seu alvo de satisfação (a comida) necessitando ser relocada.

Já é comum o paciente chegar ao consultório falando das preocupações divulgadas pela mídia ou conhecidos de que a cirurgia pode transformar as pessoas em alcoólatras, compulsivos por compras, depressivos, dentre outros vícios. É necessário esclarecer que o aparelho psíquico que usava o ato de comer como mecanismo de defesa diante de situações incômodas tenderá a organizar outras formas de defesa. Claro que a nova defesa psicológica pode ser também um comportamento compulsivo de malhar, estudar, trabalhar, cozinhar, etc, não necessariamente um deslocamento para coisas ruins.

A depender do grau de comprometimento psíquico do paciente com sua vida afetiva ele pode também se tornar um bulímico, vomitando tudo que come, ou uma anoréxica, se negando a comer. Como nem todos os pacientes fazem demanda de tratamento psicológico, e muitos sintomas também guardam relação com o procedimento cirúrgico é necessário que a equipe de saúde trabalhe conjuntamente no sentido de formalizar um diagnóstico e empreender o tratamento adequado para o paciente. Há uma necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial do que é de ordem fisiológica nos transtornos do paciente e o que é de ordem psíquica, entretanto, esta diferenciação não pode ser estabelecida, pois os limites da divisão entre o psíquico e o somático são muito tênues. Muitas vezes há razões físicas e psicológicas amplamente fundamentadas para interpretar os sintomas do paciente do ponto de vista médico ou psicológico.