

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

CECÍLIA MARIA MACHADO MINDÊLO

COMPULSÃO ALIMENTAR: ANÁLISE DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL/ RN.

CECÍLIA MARIA MACHADO MINDÊLO

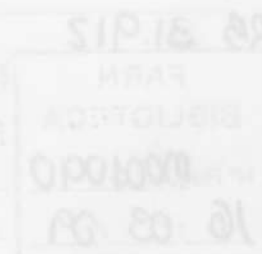
COMPULSÃO ALIMENTAR: ANÁLISE DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL/ RN.

COMPULSÃO ALIMENTAR: ANÁLISE DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL/ RN.

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição
da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito obrigatório para a obtenção do
título de Nutricionista.

Orientadora: Célia Regina Barbosa de Araújo,
M.Sc.

Natal - RN
2008



Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Mindêlo, Cecília Maria Machado

Compulsão alimentar: análise dos pacientes obesos mórbidos atendidos
no ambulatório de nutrição da FARN, Natal/RN / Cecília Maria Machado
Mindêlo. – Natal: FARN, 2008.

56f.

Orientador: Célia Regina Barbosa de Araújo (Msc.)

Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Compulsão Alimentar – Monografia. 2. Obesidade – Monografia. 3.
Transtornos da Compulsão Alimentar – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

23 31.912

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. 0001090
16,03,09

612.39
M616c
2008
ex 01

CECÍLIA MARIA MACHADO MINDÊLO

**COMPULSÃO ALIMENTAR: ANÁLISE DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL/ RN.**

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em: 04/12/2008, pela banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Célia Regina Barbosa de Araújo, M.Sc.
Orientadora

Monique Silveira Rosa, M.Sc.
Membro Examinador

Nila Patrícia Freire Pequeno, M.Sc.
Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

1. - Aos meus pais, por terem sido os primeiros a acreditar em mim e a apoiar meu trabalho.
2. - À minha mãe, Célia, por todos os momentos de amor e apoio que sempre me deu.
3. - À minha querida professora, professora Maria Tereza Regina, por ter me ajudado e me incentivado durante todo o curso de graduação.
4. - À minha amiga, Luciana, por todos os momentos de amizade e apoio que sempre me deu.
5. - À minha amiga, Jéssica, por todos os momentos de amizade e apoio que sempre me deu.
6. - À minha amiga, Jéssica, por todos os momentos de amizade e apoio que sempre me deu.
7. - À minha amiga, Jéssica, por todos os momentos de amizade e apoio que sempre me deu.
8. - À minha amiga, Jéssica, por todos os momentos de amizade e apoio que sempre me deu.

Dedico este trabalho aos meus pais queridos, Verônica e Marcos Mindêlo, que sempre me deram muita força, e incentivo para o meu crescimento como pessoa e para a conclusão desse importantíssimo trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar sempre ao meu lado me iluminando e me dando paciência.

A minha irmã Carol por estar sempre ao meu lado me dando carinho e me incentivando com o seu alto astral.

À minha orientadora Professora Msc. Célia Regina Barbosa de Araújo por ter me apoiado e colaborado para a conclusão do trabalho.

A minha tia Lúcia pelos esclarecimentos e dúvidas importantes para a realização do trabalho.

A tia Fátima por ter me orientado na finalização do trabalho.

A Ge pelo amor e apoio durante o desenvolvimento do projeto.

Agradeço também a toda minha família, pelo carinho e paciência.

RESUMO

A obesidade, doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, é o acúmulo excessivo de gordura corporal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. Entre os obesos que necessitam de uma abordagem terapêutica diferenciada destaca-se o grupo dos comedores compulsivos, que seria as pessoas que teriam atos compulsivos de comer, ingerindo uma grande quantidade de alimentos em pouco tempo. Este estudo tem como objetivo avaliar o comportamento alimentar, especificamente o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em pacientes obesos mórbidos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN- NATAL/RN. Participaram do estudo 20 obesos mórbidos de ambos os sexos. Como protocolo de pesquisa foi aplicado um questionário com questões de múltipla escolha. Quanto à caracterização dos entrevistados, em relação ao sexo, participaram 25% do sexo masculino e 75% do sexo feminino. Quanto a antecedentes hereditários com obesidade, 37,5% por parte da família paterna e ambos os sexos. A época do aparecimento da obesidade na infância foi de 40%, depois da menopausa 5%, na adolescência 35% e no adulto 20%. Os pacientes que fizeram tratamento dietético foram de 85%, e os que não lembram e que não obtiveram resultados no tratamento foram 6%. De acordo com a atividade física, mostrou que 65% não faziam nenhum tipo de exercício. No tocante dos que ingerem grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo, 65% usavam dessa característica. Já em relação à mastigação 75% comiam rápido e 25% mastigavam bem os alimentos. Nos aspectos emocionais, 55% tinham perda de controle após refeições e 45% não e 15% só ingeriam alimentos realmente quando estavam com fome e 85% se alimentava não só por estar com fome. 55% comiam até se sentir bastante cheio, enquanto 45%, não. 40% se sentem culpados pela quantidade que comem, 35% satisfeitos, 15% decepcionados e 10% com desconforto gástrico. Sentem-se constrangido com o peso 85%. 50% comem sozinhos e com a família idem. Para controlar o peso, 5% fazem jejum prolongado e usam remédios para emagrecer, 20% faz uso de laxativos e 70% não usam nenhum método para o controle do peso. Os pacientes obesos foram predominantes do sexo feminino, sendo a maioria com antecedentes hereditários por ambos os sexos e por parte do pai, e a prevalência do aparecimento da obesidade na infância. A maioria fez tratamento dietético, e não praticam atividade física. Os entrevistados comiam muito em um curto período de tempo e, além disso, mastigavam rápido. Nos aspectos emocionais relacionados à alimentação, os mesmo tinham perda de controle após as refeições, ingerindo alimentos não somente quando estavam com fome, mas até se sentir bastante cheio, apresentando constrangimento pelo o que comeu e com o peso. Os entrevistados ainda costumavam comer sozinhos e não usavam nenhum método para controlar o peso.

Palavras Chave: Obesidade. Transtorno da Compulsão Alimentar.

ABSTRACT

Obesity, part of the group of non transmissible chronicle illnesses, is the excess of body fat that causes a lot of damage to one's health. Among the obese that demand a differential therapeutic approach we would like to focus on the compulsive eaters. These people eat compulsively, ingesting a large amount of food in a small space of time. This study has the purpose of evaluating the eating behavior, specifically Binge Eating disorder in morbidly obese patients treated in the Nutritional Clinic of FARN-NATAL/RN. Took part on our study 20 morbidly obese patients from both genders. A questionnaire with multiple option questions was used as a research protocol. As to special characteristics of the people interviewed for our study, 25% were male and 75% female. As for family history of obesity, 37,5% from the father's side in both genders. 40% of the patients started suffering from obesity already in the childhood, 5% after the menopause, 35% during adolescence and 20% as adults. 85% of the subjects had been through some kind of dietetic treatment. 6% don't remember or don't know if there was any improvement. When it came to physical activity, 65% didn't exercise in any way. As for the amount of food ingested in a short period of time. 65% admitted to eating a large amount. As for chewing habits, 75% ate fast and 25% said they chewed slowly before swallowing. On the emotional aspect, 55% feel loss of control after eating whilst 45% don't. 85% of the subjects eat without feeling hungry, while 15% will only eat if they really feel hungry. 55% eat until they are very full, in contrast to the other 40% who eat only until they feel satisfied. 40% of the subjects feel guilty after eating, 35% feel satisfied, 15% disappointed and 10% feel gastric discomfort. 85% feel embarrassed about their weight. Half the subjects eat alone, and the other half tends to eat with their family. For weight control, 5% fast for a long period of time or make use of diet pills, 20% use laxatives and 70 % don't do anything. The obese patients were predominant of the female sex, most had a family history of obesity and developed obesity still in the childhood. Most patients has tried unsuccessfully some kind of treatment and don't exercise. The interviewed ate a lot during a small amount of time and also chewed faster. On the emotional aspects, most patients had a loss of control after meals, eating even when they were not hungry until they felt "full". Most feel embarrassed after eating and about their weight. The subjects also tend to eat by themselves and don't try to control their weight in any way.

Keywords: Obesity, Binge Eating Disorder.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da classificação por gêneros dos obesos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.....	25
Gráfico 2: Atendimento aos obesos segundo a idade, no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.....	26
Gráfico 3: Antecedentes hereditários dos obesos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN.....	27
Gráfico 4: Período do aparecimento da obesidade entre os pacientes atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.....	28
Gráfico 5: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que já fizeram tratamento dietético, NATAL-RN, 2008.....	29
Gráfico 6: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que fizeram tratamento dietético, segundo a perda de peso, NATAL-RN, 2008.....	30
Gráfico 7: Distribuição percentual dos obesos mórbidos segundo o uso de qualquer tipo de medicamentos, NATAL- RN, 2008.....	31
Gráfico 8: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que ingerem grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo, NATAL - RN, 2008	32
Gráfico 9: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que referem perda de controle entre as refeições principais, NATAL - RN, 2008.....	33
Gráfico 10: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que ingerem alimentos quando estão realmente com fome, NATAL-RN 2008.....	34
Gráfico 11: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos segundo o estado emocional ou gástrico após a compulsão alimentar, NATAL-RN, 2008.....	35
Gráfico 12: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos que "BELISCAM" antes das principais refeições, NATAL-RN, 2008.....	36
Gráfico 13: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos segundo a maneira da mastigação dos alimentos, NATAL-RN, 2008.....	37
Gráfico 14: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que se sentem constrangidos com o peso, NATAL-RN, 2008.....	38
Gráfico 15: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos de acordo com o método usado para o controle do peso, NATAL-RN, 2008.....	39

Gráfico 16: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que se alimentam sozinhos ou não, NATAL-RN, 2008.....40

Gráfico 17: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos praticantes de atividade física, NATAL-RN, 2008.....41

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 GERAL.....	12
1.2 ESPECÍFICA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 CONCEITOS E HISTÓRICO DA OBESIDADE.....	15
2.2 OBESIDADE E COMER COMPULSIVO.....	18
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO COMER COMPULSIVO E CARACTERÍSTICAS DO	19
COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM REPAIENTES COM COMULSÃO	19
ALIMENTAR E OBESIDADE HIPERTÁFICA.....	19
3.2 TRATAMENTO DO TCM NO PACIENTE OBESO.....	21
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA DESENTIA.....	25
5.2 ASPECTOS RELACIONADOS A PATOLOGIA.....	27
5.3 TRATAMENTO DIETÉTICO.....	28
5.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	31
5.5 ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS COM A PATOLOGIA.....	32
6 CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	42
ANEXOS.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 GERAL.....	12
2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 CONCEITOS E HISTÓRICO DA OBESIDADE.....	13
3.2 OBESIDADE E COMER COMPULSIVO.....	15
3.3 EPIDEMIOLOGIA DO COMER COMPULSIVO E CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR ENTRE PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR E OBESIDADE HIPERFÁGICA.....	19
3.4 TRATAMENTO DO TCAP NO PACIENTE OBESO.....	21
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	25
5.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PATOLOGIA.....	27
5.3 TRATAMENTO DIETÉTICO.....	29
5.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	31
5.5 ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO.....	32
6 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A obesidade, doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, é o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. A etiologia da obesidade é um processo multifatorial que envolve aspectos ambientais e genéticos (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando em diversas partes do mundo, em ritmo alarmante. A obesidade está em crescimento em adultos e em crianças e os problemas de saúde decorrentes podem aparecer somente em um futuro distante. As mulheres geralmente têm maiores níveis de obesidade, entretanto, os homens apresentam maiores níveis de sobrepeso. A obesidade e o sobrepeso estão associados com doenças cardíacas, hipertensão arterial, osteoartrite, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer, sendo o seu impacto maior na morbidade do que na mortalidade (TRAEBERT et al., 2004).

Atualmente, a obesidade é considerada um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e uma epidemia global pela OMS. O aumento de sua prevalência em países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, também já foi estudado, e em países como Índia e China o aumento de 1% na prevalência de obesidade gera 20 milhões de novos casos (CABALLERO, 2001; UAUY et al., 2001; VISHNER et al., 2001).

De acordo com Francischi et al. (2000), no Brasil as mudanças demográficas, sócio-econômicas e epidemiológicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade.

Entre as subpopulações de obesos que necessitam de uma abordagem terapêutica diferenciada destaca-se o grupo dos comedores compulsivos que representa 20 a 30% dos pacientes que procuram um tratamento para emagrecer. A ocorrência do comer compulsivo entre pacientes obesos mereceu relatos desde a década de 1950, quando Hamburger apresentou oito casos de obesidade associados a um tipo especial de hiperfagia por doces, freqüentemente incontrolável (APPOLINÁRIO,

adolescência e após os primeiros anos da segunda década de vida, é 1,5 vezes mais freqüente em mulheres do que em homens (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

A tendência à obesidade parece esta associada aos transtornos alimentares, algo que, na verdade, indica uma maior tendência a fazer dieta. Conseqüentemente, a obesidade pode também ter efeitos deletérios na auto-estima e na satisfação corporal (STICE; AGRAS; HAMMER, 1999).

Os obesos com compulsão alimentar, quando comparados aos sem esse transtorno, apresentam mais sintomas psicopatológicos gerais ou alimentares. Prevalencem nos pacientes obesos maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social, além de uma maior vulnerabilidade à depressão. Com relação aos sintomas psicopatológicos específicos do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) são observadas atitudes mais disfuncionais relacionadas à alimentação e ao peso, além de uma extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal. Atualmente, evidências sugerem que o subgrupo de obesos com TCAP apresenta uma pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, um maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, uma maior dificuldade para perder peso, uma pior manutenção do peso perdido e uma maior taxa de abandono dos tratamentos (DUCHESNE et al., 2007).

Devido ao aumento dos casos de obesidade e uma prevalência elevada de distúrbios comportamentais relacionada a esta, o presente estudo pretende avaliar o comportamento alimentar de um grupo de pacientes obesos que tem a compulsão alimentar, um distúrbio diretamente relacionado com a obesidade e seus aspectos psicossociais. A escolha da compulsão alimentar dentre as várias etiologias da obesidade deve-se à necessidade de aprofundar os estudos e pesquisas sobre tal patologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comportamento alimentar, especificamente o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em pacientes obesos mórbidos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil do comportamento alimentar dos pacientes obesos mórbidos;
- Identificar por meio dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) a ocorrência do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica nos pacientes obesos atendidos no ambulatório de nutrição da FARN.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITOS E HISTÓRICO DA OBESIDADE

A obesidade representa o problema nutricional de maior ascensão entre a população nos últimos anos, sendo considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento. As tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas neste século direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, com especial destaque para o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras, redução do consumo de frutas, verduras, cereais integrais, legumes e diminuição da prática da atividade física, convergindo para o aumento de casos de obesidade em todo o mundo (MARIATH et al., 2007).

Segundo Silva; Mura (2007), a obesidade é hoje um dos maiores problemas de saúde pública, e uma das doenças crônicas não transmissíveis que, epidemiologicamente, mais cresce em todo mundo. Nos Estados Unidos, a prevalência de americanos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30kg/m^2 já era de um a cada cinco indivíduos no ano de 2000. No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 mostram que o índice de obesidade na região Sudeste era de 10,5% e, na região Nordeste, de 8,7%.

No Brasil tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais, destacando-se a desnutrição protéico-calórica e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes. Segundo teorias ambientalistas, as causas estão fundamentalmente ligadas às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares. Confirmando essas teorias, verifica-se que a obesidade é mais freqüente em regiões mais desenvolvidas do País (Sul e Sudeste), pelas mudanças de hábitos associadas a esse processo (TRICHES, 2005).

Portanto, a realidade mundial revela um paradoxo, enquanto pessoas sofrem por falta de alimentação, carecendo da disponibilidade de macro e micronutrientes, outras são vítimas do oposto e submetem-se a repetidas dietas desgastantes e caras, na tentativa de solucionar os estragos estéticos e fisiológicos causados pela superalimentação e a obesidade (CUPPARI, 2002).

Augusto et al. (2002), relata que a ingestão de calorias maior que o necessário para o indivíduo acarreta no acúmulo do excesso no tecido adiposo em forma de gordura. A necessidade da correção de um caso de obesidade não está relacionada somente com a estética, mas, sobretudo com o fator de risco para certas patologias, como o Diabetes, Cardiopatias e o Câncer, o que influencia na menor expectativa de vida em todos os grupos de populações.

Visto a gravidade do problema, percebe-se então a importância da necessidade de uma equipe multidisciplinar para a eficácia do tratamento da obesidade. O tratamento dietoterápico do paciente obeso fundamenta-se na perda do potencial energético correspondente ao percentual do tecido adiposo em excesso, à custa de uma dieta hipocalórica. O déficit de energia no organismo estimula-o a metabolizar suas reservas energéticas de forma a suprir as suas necessidades. Deste modo, ocorre perda de peso (AUGUSTO et al., 2002).

Uma das classificações da obesidade adotada mundialmente é o IMC. Em 1998, a OMS revisou a classificação pelo IMC e passou a adotar os seguintes valores, que levam em consideração, inclusive, o risco de outras doenças não transmissíveis e relacionadas à co-morbidade:

CLASSIFICAÇÃO DE EUTROFIA E SOBREPESO (OMS - 1998)		
CLASSIFICAÇÃO:	IMC (KG/M ²):	RISCO DE CO-MORBIDADES:
NORMAL	18,5 - 24,9	-
SOBREPESO	≥ 25	-
PRÉ - OBESIDADE	25 - 29,9	Baixo
OBESIDADE CLASSE I	30 - 34,9	Moderado
OBESIDADE CLASSE II	35 - 39,9	Alto
OBESIDADE CLASSE III	≥ 40	Muito Alto

Quadro 1: Classificação de eutrofia e sobrepeso

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Associada ao IMC, a OMS propõe um outro método de avaliação, que permite quantificar o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, qual seja, a relação da circunferência abdominal e do quadril, que enfatiza a importância da gordura subcutânea e visceral do corpo permitindo assim, avaliar tais complicações. Dessa forma, homens com circunferência abdominal superior ou igual a 94cm; superior ou igual a 102cm apresentam risco aumentado ou substancialmente aumentado, respectivamente, ao aparecimento de outras co-morbidades crônicas não transmissíveis. Nas mulheres, o risco aumentado é para aquelas com circunferência abdominal superior ou igual a 80cm e risco muito aumentado para aquelas com circunferência superior ou igual a 88cm (SILVA; MURA, 2007).

Dentre as complicações metabólicas e o aparecimento de co-morbidades decorrentes da obesidade destacam-se: hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, esteatose hepática, cálculos biliares e até mesmo alguns tipos de câncer, como o de mama. Contudo, essas doenças estão significativamente relacionadas ao aumento do IMC e da circunferência da cintura (SILVA; MURA, 2007).

3.2 OBESIDADE E COMER COMPULSIVO

Coutinho (2006) relata que a compulsão alimentar é um transtorno freqüente entre pacientes obesos, principalmente quando estão em tratamento de emagrecimento. O TCAP é uma categoria diagnóstica recentemente definida, geralmente associado com psicopatologia e excesso de peso.

O TCAP é um transtorno alimentar caracterizado por episódios bulímicos do tipo *binge eating*, que seria as pessoas que teriam atos compulsivos de comer, ingerindo uma grande quantidade de alimentos em pouco tempo. A delimitação do conceito desse, que seria o terceiro tipo de transtorno alimentar, pode contribuir tanto para o desenvolvimento da área de transtornos alimentares, bem como para uma melhor compreensão e classificação da obesidade (APPOLINARIO, 2004).

O fator psicológico é um aspecto de grande relevância no indivíduo obeso, pois a maioria apresenta sofrimento psicológico decorrente dos problemas relativos ao preconceito social com a obesidade, como também, com outros problemas psicológicos associados à sua auto-estima, e ainda, com características peculiares do seu comportamento alimentar (ARAÚJO, 2001).

Foi no final da década de 1950 que o Dr. Albert Stunkard, da Universidade da Pensilvânia, observou que alguns pacientes obesos apresentavam um tipo de perturbação do comportamento alimentar semelhante aos ataques bulímicos do pacientes com bulimia nervosa. A relação entre a obesidade e um padrão patológico de alimentação também foi constatada por outros autores.

Conforme Nunes et al. (2002), Kornhaber, em 1970, descreveu a "síndrome do empanzimento" um tipo de obesidade que tem hiperfagia, retraimento social e depressão clínica como principais traços. Essa observação foi abandonada durante algum tempo até que, ao procurarem tratamento para emagrecer, foi possível confirmar a hipótese inicial do Dr. Stunkard. Muito embora cerca de 25% dos indivíduos que procuravam tratamento para obesidade apresentassem ataques bulímicos, poucos preenchiam todos os critérios para a bulimia nervosa. Assim, estudos epidemiológicos avaliando a prevalência da bulimia nervosa, surgidos no mesmo período, demonstraram que a maioria dos pacientes que evidencia ataques bulímicos não apresentava o referido transtorno. Os achados descritos anteriormente levaram Dr. Robert Spitzer da Universidade de Columbia, a propor uma hipótese de que tais pacientes evidenciavam uma forma particular de transtorno do comportamento alimentar distinta da bulimia nervosa. Inicialmente o autor denominou a nova condição de síndrome da hiperalimentação patológica e que depois foi substituída por TCAP (NUNES et al., 2002).

Muito embora nem todos os pacientes que apresentam transtorno do comer compulsivo sejam obesos, grande parte deles evidencia problemas de controle do peso corporal. Dessa forma, também as pessoas que apresentavam o transtorno do comer compulsivo tinham ataques bulímicos repetidos, mas não evidenciam as medidas patológicas de controle de peso que os pacientes com bulimia nervosa utilizam, como os comportamentos compensatórios a exemplo de vômitos, abuso de

laxativos e exercício excessivo que sucedem o episódio bulímico (NUNES et al., 2002).

O fenômeno central do TCAP é o episódio de ataque de comer ou episódio de comer compulsivo. O ataque de comer pode ocorrer em associação com vários transtornos tanto psiquiátricos quanto clínicos. Assim, podemos observar episódios de comer compulsivo nos transtornos alimentares (na anorexia e na bulimia nervosa), mas também nos transtornos depressivos e na obesidade (NUNES et al., 2002).

Segundo Vitolo; Bortolini; Horta (2006), o TCAP é um comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come.

De acordo com Freitas et al. (2001), quando esses episódios de compulsão alimentar ocorrem pelo menos dois dias por semana, num período de seis meses, associados a algumas características de perda de controle, e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, estudos recentes indicam a presença da síndrome denominada Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.

O DSM-IV, que significa a 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, pauta assim seus critérios sobre o diagnóstico do TOC (Transtorno Obsessivo- Compulsivo): a principal característica do transtorno são obsessões e/ou compulsões suficientemente graves para causar repercussão psíquica marcante, consumo considerável de tempo (mais de uma hora por dia) e/ou interferência significativa na rotina habitual do indivíduo, em suas atividades ocupacionais ou acadêmicas e/ou em suas atividades sociais e interpessoais. Em algum ponto durante o curso do transtorno, a pessoa reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (RANGÉ, 2001).

Por outro lado a CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, não considera a presença da resistência aos sintomas tão relevante quanto o DSM-IV, ainda que deva existir ao menos um ato ou pensamento a que a pessoa resista. Além disso, a representação mental da execução da compulsão não deve ser em si mesma prazerosa (o simples alívio de tensão ou

ansiedade decorrente da compulsão não seria considerado como prazer) (RANGÉ, 2001).

O projeto inicial do DSM-IV incluía a categoria diagnóstica do transtorno do comer compulsivo como um terceiro transtorno alimentar. O estabelecimento de critérios diagnósticos padronizados para o transtorno do comer compulsivo pelo DSM-IV possibilitou a utilização deste conceito na prática clínica e tem estimulado a pesquisa nessa importante área-limitante entre os transtornos alimentares e a obesidade (NUNES et al., 2002).

Coutinho descreve os seguintes Critérios Diagnósticos para o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica:

- A) Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar apresenta as duas características seguintes: 1- Ingestão, em curto período de tempo (por exemplo, cerca de duas horas), de uma quantidade de comida nitidamente maior do que a maioria das pessoas pode consumir em um período semelhante e em circunstâncias idênticas. 2- Sensação de perda de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que ou quanto está a comer).
- B) Os episódios de ingestão compulsiva estão associados com três (ou mais) dos seguintes sintomas: 1- Comer muito mais rápido que o habitual; 2- Comer até se sentir inconfortavelmente cheio; 3- Comer grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; 4- Comer sozinho para esconder sua voracidade; 5- Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou muito culpabilizado depois da ingestão compulsiva.
- C) Profundo mal-estar marcado em relação às ingestões compulsivas.
- D) As ingestões compulsivas ocorrem, em média, pelo menos dois dias por semana durante seis meses (2006, p. 51).

Como já citado, a ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas, a exemplo de purgantes, jejum e exercício físico excessivo e não ocorre exclusivamente durante o decurso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Na DSM-IV, o TCAP está incluído no apêndice como um diagnóstico provisório, aplicável aos pacientes que apresentam a compulsão alimentar de forma recorrente e incontrolável, com o relato de sofrimento associado aos episódios (COUTINHO, 2006).

De acordo com Nunes et al. (2002), a quantidade de alimentos envolvida nestes episódios é variável, podendo ir desde quantidades um pouco superiores à ingestão habitual até proporções extremamente exageradas, como 6.000 Kcal/episódio. A composição alimentar dos episódios também pode ser extremamente variável, havendo um predomínio de alimentos com alto valor calórico e preferencialmente do grupo dos carboidratos. A quantidade e a composição alimentar igualmente podem variar de um episódio para o outro, bem como de um paciente para outro.

Durante o episódio, o indivíduo sente como se não tivesse nenhuma possibilidade de controlar sua atitude compulsiva alimentar. Por isso, no segundo item do critério A, encontramos a inclusão da sensação subjetiva de perda de controle, já que alguns autores consideram o sentimento de perda de controle mais importante do que a própria quantidade de alimento ingerida. Para complementar, os chamados "indicadores comportamentais de perda de controle" presentes no critério B fornecem critérios mais objetivos para a avaliação da sensação de perda de controle (NUNES, M. et al., 2002).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DO COMER COMPULSIVO E CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR ENTRE PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR E OBESIDADE HIPERFÁGICA

Coutinho (2006), descreve que as taxas de prevalência de TCAP na população geral variam de 1,5 a 5%, podendo atingir 15% em pacientes submetidos a tratamentos para emagrecer. Apesar de seu diagnóstico não estar vinculado ao peso corporal, existe uma associação entre o TCAP e a obesidade e que pode chegar a 30% entre participantes de programas de emagrecimento, 70% entre participantes de grupos de auto-ajuda, como o comedores compulsivos anônimos e 50% entre pacientes que procuram tratamento cirúrgico para a obesidade. Além disso, já foi demonstrada uma correlação positiva entre a presença de compulsão alimentar e

algumas características da obesidade, como início da obesidade em idade mais jovem, primeira dieta em idade mais jovem e maior oscilação do peso corporal. Ainda de acordo com Nunes et al. (2002), a distribuição por sexos evidenciava um predomínio do sexo feminino na proporção de 3/2, enquanto que Rangé (2001) relata que um terço a um quarto dos pacientes com esse transtorno são homens, ocorrendo igualmente em negros e brancos.

Os estudos epidemiológicos apontam outras características dos pacientes, dentre elas destaca-se que a maioria deles referia um início precoce dos episódios de compulsão alimentar, geralmente na infância ou adolescência. O uso de dietas começava normalmente após o aparecimento dos ataques de comer, o que parecia ser uma característica distintiva em relação à bulimia nervosa, na qual os ataques bulímicos sucedem o uso de dietas restritivas.

Estudos comparativos entre os pacientes com transtorno do comer compulsivo, pacientes obesos sem ataques de comer (Obesidade Hiperfágica) e os pacientes com bulimia nervosa trouxeram muitas informações adicionais. Os pacientes com transtorno do comer compulsivo evidenciaram uma maior preocupação com a forma e a imagem corporal, aproximando-se dos portadores de bulimia nervosa, enquanto os com obesidade hiperfágica apresentaram um maior comprometimento no trabalho e nas relações sociais (ANJOS, 2000).

Os obesos com TCAP, quando comparados aos sem esse transtorno, demonstram mais sintomas psicopatológicos gerais ou alimentares. Em relação ao primeiro grupo, foram identificados maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social, além de uma maior vulnerabilidade à depressão. Adicionalmente, foi relatada uma pior qualidade de vida e uma pior auto-estima nesse grupo de indivíduos (DUCHESNE et al., 2007).

Foi então comprovado, que o subgrupo de obesos com TCAP apresenta uma pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, um maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, uma maior dificuldade para perder peso, uma pior manutenção do peso perdido e uma maior taxa de abandono dos tratamentos (DUCHESNE et al., 2007).

Portanto, os pacientes com transtorno do comer compulsivo, comparados aos que têm obesidade hiperfágica, evidenciam maior comprometimento no trabalho e nas relações sociais e uma elevação de psicopatologia associada (DUCHESNE et al., 2007).

Sintomas depressivos podem tornar o paciente mais vulnerável a apresentar compulsão alimentar após um tratamento dietético. Contudo, pacientes com transtorno de personalidade, e da impulsividade pode desencadear também episódios de compulsão alimentar periódica (COUTINHO, 2006).

É importante ressaltar também que pacientes com transtorno do humor e transtornos de personalidade podem ter mais dificuldade em controlar o peso corporal (COUTINHO, 2006).

3.4 TRATAMENTO DO TCAP NO PACIENTE OBESO

Segundo Duchesne (2002), o programa de tratamento para o TCAP foi desenvolvido a partir do modelo utilizado para a bulimia nervosa, tendo sido necessárias algumas adaptações às diferenças entre estas duas síndromes. Os objetivos terapêuticos no transtorno da compulsão alimentar incluem o desenvolvimento de estratégias para controle da compulsão, a modificação de hábitos alimentares, o desenvolvimento de estratégias para adesão a exercício físico e a redução gradual do peso, quando há obesidade associada. Sugere ainda, para estes casos, a abordagem da auto-estima, a redução da ansiedade associada à aparência e a modificação do sistema de crenças disfuncionais. O tratamento dos transtornos alimentares é realizado em equipe multidisciplinar, sendo necessária a associação de psicólogos a outros profissionais, tais como: nutricionistas, médicos clínicos e psiquiatras. O envolvimento da família no tratamento pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração, facilitando mudanças.

Medicamentos podem fazer parte de um tratamento multimodal do TCAP, que também inclui intervenções psicológicas e nutricionais. A

farmacoterapia do TCAP é uma área que tem experimentado um desenvolvimento promissor nos últimos anos. Alguns ensaios clínicos randomizados, placebo-controlados, com diversos agentes, têm sido recentemente publicados.⁴ Os estudos farmacológicos conduzidos no TCAP têm apresentado um refinamento progressivo. Estes aperfeiçoamentos metodológicos podem ser observados em várias etapas da concepção dos estudos, como na inclusão de pacientes diagnosticados de acordo com os critérios da DSM-IV ou DSM-IV-TR, na introdução de medidas primárias de desfecho mais equivalentes (contagem da frequência de episódios de compulsão alimentar), no uso de instrumentos padronizados para avaliar as psicopatologias alimentar e geral, e na avaliação de parâmetros antropométricos (APPOLINARIO, 2004, p. 76).

De um modo geral, três classes de medicamentos têm sido estudadas em ensaios controlados com placebo em pacientes com TCAP. Os antidepressivos e os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) permanecem como a classe farmacológica mais estudada nesta condição e que trouxeram os efeitos mais benéficos aos pacientes com o transtorno da compulsão alimentar periódica. Os ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina e o citalopram) têm sido descritos como capazes de reduzir significativamente o comportamento de compulsão alimentar e o peso. Mais recentemente, a sibutramina, um agente antiobesidade, e o topiramato, um agente neuroterapêutico, demonstraram sua eficácia no TCAP (APPOLINARIO, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental foi também considerada a forma de intervenção psicoterápica mais investigada no TCAP através de ensaios clínicos randomizados e tem sido crescentemente utilizada em diversos centros especializados no tratamento dos transtornos alimentares. Conseqüentemente, a modificação de padrões distorcidos de raciocínio e a reestruturação de crenças supervalorizadas associadas ao peso e à imagem corporal são focos primários do tratamento, sendo utilizadas várias técnicas cognitivas com essa finalidade (DUCHESNE et al., 2007).

Além de técnicas cognitivas, essa terapia também emprega técnicas comportamentais para ajudar na modificação dos hábitos alimentares. Como exemplos dessas técnicas, podem ser citadas a automonitoração (observação sistemática e registro dos alimentos ingeridos e das circunstâncias associadas), as técnicas para controle de estímulos (que envolvem a identificação das situações que

favorecem a ocorrência da compulsão alimentar e o desenvolvimento de um estilo de vida que minimize o contato do paciente com essas situações) e o treinamento em resolução de problemas, que ajuda o paciente a desenvolver estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada. Em geral, a terapia cognitivo-comportamental também focaliza estratégias para prevenção de recaídas (DUCHESNE et al., 2007).

A pesquisa foi realizada com 20 pacientes com Transtorno da Alimentação e Nutrição (TAN) que compareceram ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São Paulo, no período compreendido entre março de 2010 e dezembro de 2010, sob orientação da Prof.^a Maria Célia Regina.

Foi utilizado para seleção de pacientes um questionário (ANEXO A) contendo dados pessoais, com questões de múltipla escolha que compreendem informações sobre aspectos clínicos e comportamentais. Os dados foram analisados para identificar características comportamentais e outras dados relevantes para a compreensão do fenômeno da compulsão alimentar. Os dados foram analisados de acordo com o DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

O tempo de acompanhamento varia de 6 meses a 2 anos, sendo que os dados foram coletados em visitas presenciais e por meio de telefonemas. Os dados foram analisados de acordo com o DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Após a coleta, os dados foram analisados de acordo com o DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Os dados foram analisados de acordo com o DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi caracterizado por ser transversal, onde os dados foram coletados com os obesos mórbidos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN-Natal/RN. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (ANEXO A).

A pesquisa foi realizada com 20 pacientes com idade igual ou superior a vinte anos com obesidade mórbida, e foi desenvolvida no período de Maio a Setembro de 2008, no período vespertino em alguns dias no Ambulatório de Nutrição com a presença da Prof^a Msc Célia Regina.

Foi utilizado para protocolo de pesquisa, um questionário (APÊNDICE B) contendo dados pessoais, com questões de múltipla escolha que compreenderam informações para identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais deste distúrbio, além da história da obesidade, existência ou não de atividade física, de comportamentos característicos da bulimia e de sentimentos após compulsão, além de enfocar esses dados de acordo com o DSM-IV (4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido através do contato com os obesos mórbidos, após receberem as informações detalhadas e exatas sobre os riscos e benefícios da pesquisa (APÊNDICE A).

Após a coleta, os dados foram organizados através do software Excel 5.0, para em seguida proceder-se à sua análise em gráficos de acordo com o referencial teórico construído ao longo da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A amostra da pesquisa foi constituída por 20 pacientes voluntários com obesidade mórbida de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

Os dados referentes à caracterização da clientela são apresentados nos Gráficos 1 e 2.

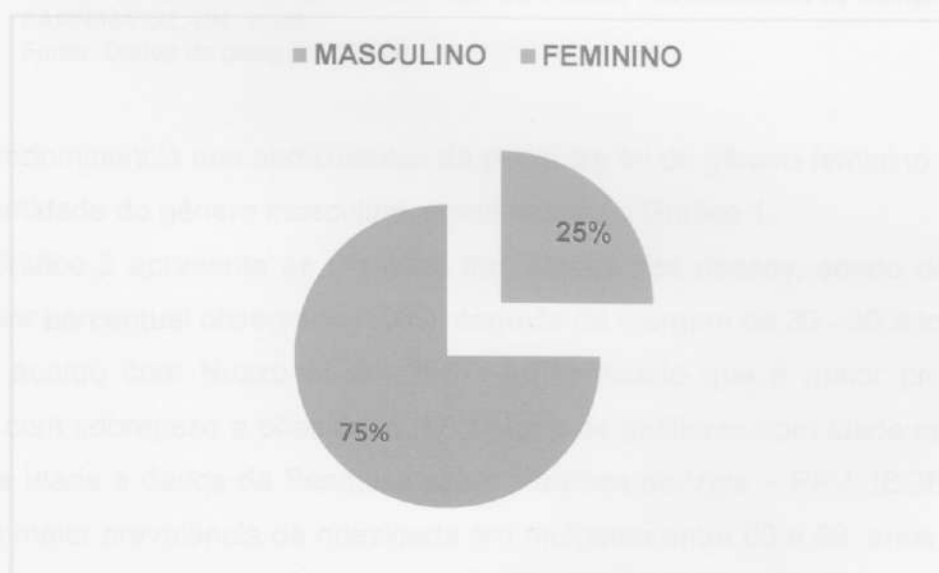


Gráfico 1: Caracterização da classificação por gêneros dos obesos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

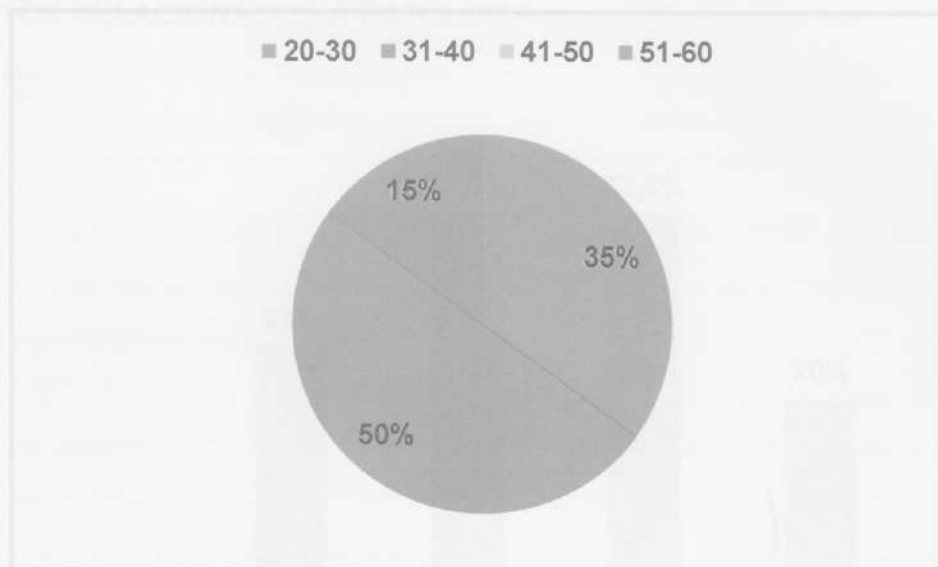


Gráfico 2: Atendimento aos obesos segundo a idade, no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

A predominância dos participantes da pesquisa foi do gênero feminino (75%), e menor quantidade do gênero masculino, como mostra o Gráfico 1.

O Gráfico 2 apresenta as margens das idades dos obesos, sendo de 31- 40 anos o maior percentual observado (50%), seguida da margem de 20 - 30 anos.

De acordo com Nuzzo et al. (2007) foi verificado que a maior procura de indivíduos com sobrepeso e obesidade (55%) foi a de mulheres com idade entre 30 e 50 anos de idade e dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida – PPV, IBGE (1999), mostraram maior prevalência de obesidade em mulheres entre 60 e 69 anos e dados das POFs, IBGE (2004) demonstraram que, no Brasil e, especificamente na região Sudeste, a prevalência de obesidade em maiores de 20 anos ainda é superior nas mulheres.

Corroborando com Petribu et al. (2006) verificou-se também maior prevalência do sexo feminino (73,10%) na sua pesquisa realizada em 2006.

5.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PATOLOGIA

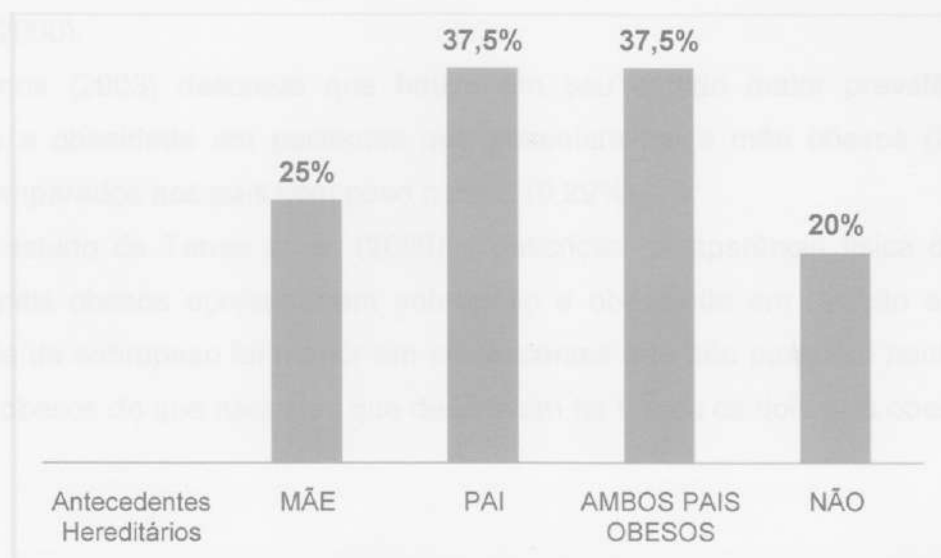


Gráfico 3: Antecedentes hereditários dos obesos atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL- RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Em relação aos antecedentes hereditários com obesidade houve maior percentual (37,5%) em pai e ambos os pais obesos como mostra o Gráfico 3.

Observando os dados acima, percebe-se uma contradição com o estudo de Porto (2002) que encontrou 87,1% dos seus pacientes com história familiar de obesidade, apresentando parentes em primeiro grau obesos: o irmão e/ou a mãe foram mais freqüentemente referidos. Apenas (22,6%) referiram pai obeso.

E segundo a Organização Mundial de Saúde as crianças filhas de pais obesos têm 80% de chances de desenvolver a doença. Sendo o pai ou a mãe obesos, as chances caem pela metade: 40%. Porém, se nenhum dos dois for obeso, ainda há 15% de chance.

De acordo com Villares (1998), as crianças de pais obesos apresentam risco de se tornarem obesas quando comparadas as crianças cujos pais apresentam peso normal. Quando a mãe ou o pai é obeso o risco é de 40% (VILLARES apud ARAÚJO, 2001).

Vale ressaltar que o fator genético contribui para o desenvolvimento da obesidade, tendo a criança 40% de chance de vir a ser um adulto obeso, se somente um dos pais for obeso e esse percentual dobra se ambos os pais forem obesos (CUNHA, 2000).

Ramos (2003) descreve que houve em seu estudo maior prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes que possuíam pai e mãe obesos (26,09%), quando comparados aos pais com peso normal (9,29%).

No estudo de Terres et al. (2006) a descrição da aparência física dos pais, filhos de pais obesos apresentaram sobrepeso e obesidade em relação a pais. A prevalência de sobrepeso foi menor em adolescentes que não possuem nenhum dos seus pais obesos do que naqueles que descrevem ter um ou os dois pais obesos.

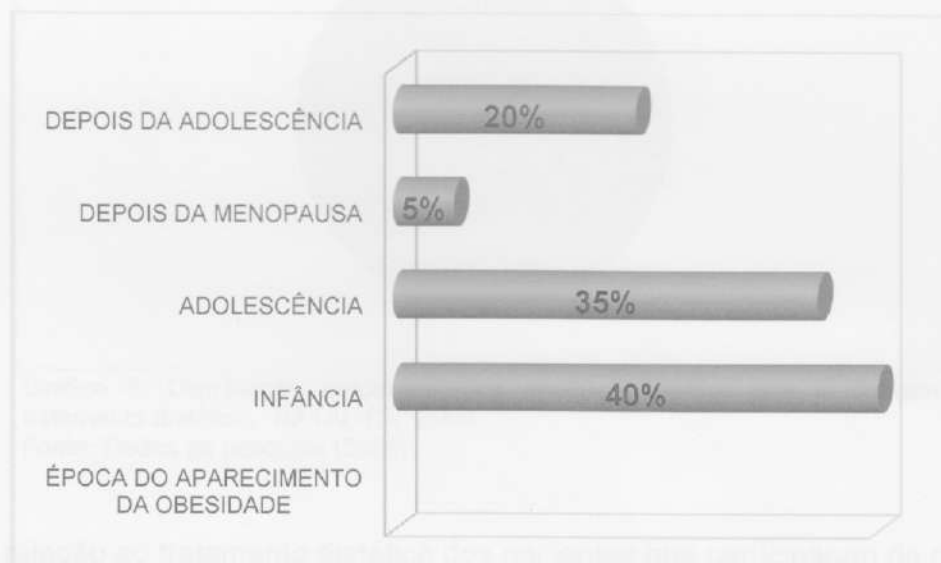


Gráfico 4: Período do aparecimento da obesidade entre os pacientes atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN/NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

O Gráfico 4 apresenta a distribuição da época do aparecimento da obesidade, sendo a de maior destaque na fase da infância (40%).

Observa-se no gráfico acima que houve um percentual considerável do aparecimento da obesidade na infância, assim como no estudo de Porto et al, (2002) 36% também tiveram o aparecimento da obesidade na infância.

De acordo com Mello; Luft; Meyer (2004), a obesidade pode se iniciar em qualquer fase da vida, mas há que se dar mais atenção aos períodos de aceleração do crescimento, pois a obesidade na infância e na adolescência pode manter-se por toda a vida.

5.3 TRATAMENTO DIETÉTICO

Quedweg et al. (2006) verificou que 85,9% dos pacientes foram submetidos a tratamento para redução de peso ($n = 12$). 31,2% fizeram mais de 3 tratamentos ($n = 3$) e apenas 7 pacientes tiveram algum tipo de sucesso, sendo 4 com perda de peso e 3 com manutenção.



Gráfico 5: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que já fizeram tratamento dietético, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Em relação ao tratamento dietético dos pacientes que participaram da pesquisa 85% já fizeram algum tipo de tratamento dietoterápico ou reeducação alimentar. Entre os pacientes obesos que procuram tratamento clínico para perda de peso, os índices de prevalência variam de 5% a 30% segundo Grilo (2002) e Sptizer (1993). No Brasil, Appolinário (1995), Coutinho (2000) e Borges (1998), encontraram uma prevalência entre 15% e 22% de pacientes que procuravam tratamento para emagrecer.

A maioria dos obesos tem uma longa história de repetidas tentativas de fazer dietas e sentem-se com dificuldade de controle da ingestão de alimentos. Alguns continuam tentando restringir o consumo de calorias, enquanto outros abandonam

quaisquer esforços de fazer dieta, em razão de fracassos repetidos. Em clínicas para o controle de peso, há mais obesos que têm uma história de flutuações de peso mais acentuada do que os indivíduos sem a obesidade (SPITZER, 1993).

Corroborando com os dados de Petribu et al. (2006) o seu estudo em relação ao número de tratamentos realizados com objetivo de perder peso, o grupo com TCAP tentou mais tratamentos do que o grupo sem TCAP, tendo sido essa diferença estatisticamente significativa.

Quadros et al. (2005) verificou que 65,5% dos pacientes fizeram até 2 tratamentos para redução de peso ($n = 19$), 31% fizeram mais de 3 tratamentos ($n = 9$) e apenas 1 paciente obeso mórbido relatou não ter feito nenhum tipo de tratamento para obesidade.

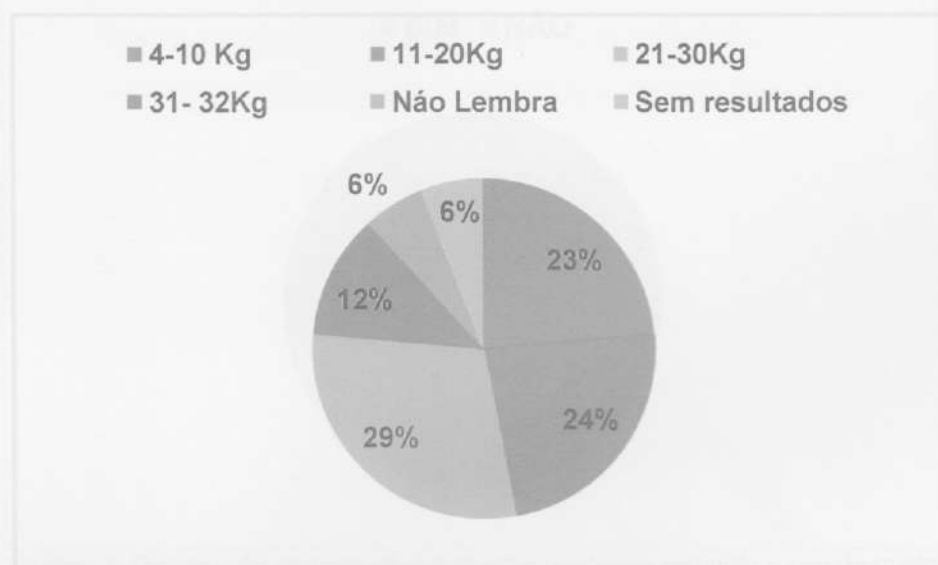


Gráfico 6: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que fizeram tratamento dietético, segundo a perda de peso, NATAL-RN, 2008.
Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Conforme o Gráfico 6 o máximo de peso perdido foi de 21- 30 Kg por 29% dos pacientes entrevistados, mas o peso perdido foi mantido por um curto período de tempo.

Atualmente, evidências sugerem que o subgrupo de obesos com TCAP apresenta uma pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, um

maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, uma maior dificuldade para perder peso, uma pior manutenção do peso perdido e uma maior taxa de abandono dos tratamentos (DUCHESNE et al., 2007).

Nunes (1998) demonstrou que os episódios de compulsão alimentar têm início precocemente, geralmente na infância e adolescência, e que o comportamento de fazer dietas inicia-se após o aparecimento dos ataques de comer, associado à maior preocupação com a forma corporal e história de vários tratamentos anteriores para controle da obesidade.

5.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO



Gráfico 7: Distribuição percentual dos obesos mórbidos segundo o uso de qualquer tipo de medicamentos, NATAL- RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Para o tratamento do TCAP a redução dos episódios da hiperíngestão, diminuição do peso corporal para pacientes obesos e melhora da psicopatologia associada (sintomas depressivos e ansiosos), preferencialmente com associação de psicofármacos e de psicoterapia (STUNKARD; ALLISON, 2003).

Em razão da associação do TCAP com obesidade, o uso de um inibidor de apetite com ação no sistema nervoso central, em regiões que regulam a saciedade e o apetite, pode promover melhora no quadro clínico, como também a eficácia da zonisamida no TCAP foi comprovada em um único estudo aberto utilizando dose média de 513 mg/dia, com redução no peso e do número de episódios compulsivos (MCELROY et al., 2004). Ainda a respeito da naltrexona, há um relato de caso de uma adolescente com TCAP apontando diminuição dos episódios compulsivos quando o episódio foi associado à fluoxetina (NEUMEISTER et al., 1999). Porém comparado esses dados com o presente estudo nenhum dos participantes faziam usos de tais medicamentos para redução dos sintomas compulsivos, somente faziam uso de fármacos para controle da pressão arterial e Diabetes Mellitus.

5.5 ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS COM A ALIMENTAÇÃO

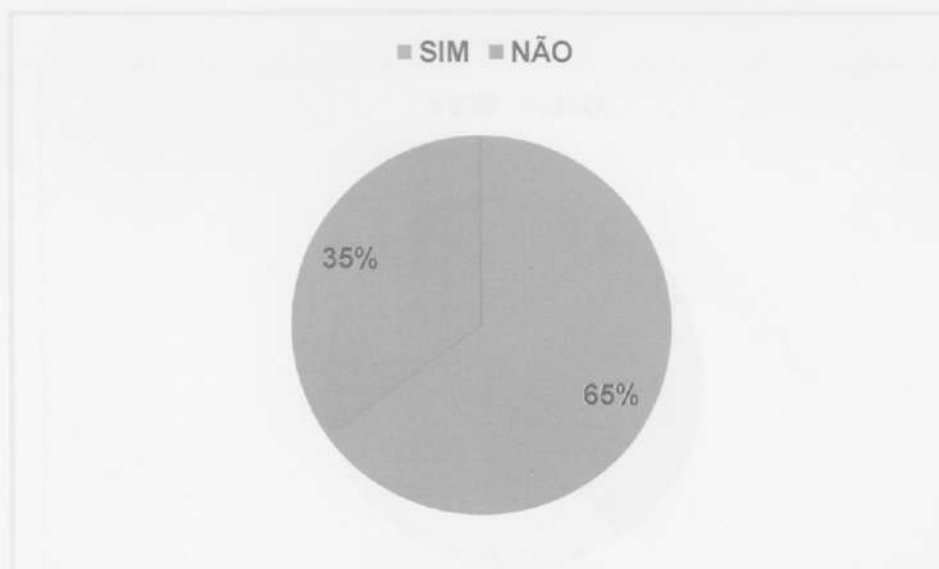


Gráfico 8: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que ingerem grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo, NATAL - RN, 2008.
Fonte: Dados da pesquisa (2008)

No gráfico 8, temos o resultado da definição do TCAP nesses pacientes, onde 65% dos obesos da pesquisa tinham o hábito de comer muito em curto período de

tempo, o que confirma o transtorno do comer compulsivo. Concordando com Petribu et al. (2006) que verificou TCAP em 56,7% dos pacientes e ainda aproximadamente 20% das pessoas que se identificam como possuidoras de compulsão alimentar possuíam diagnóstico de TCAP (STUNKARD; ALLISON, 2003; NAPOLITANO, 2001). Na pesquisa de Papelbaum et al. (2005), foi encontrada uma prevalência geral de 20% de transtornos alimentares, sendo o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) o de maior ocorrência na amostra (10%).

No estudo de Mahan; Escott- Stump (2002), o início do distúrbio por comer compulsivo, ocorre geralmente no final da adolescência e após os primeiros anos da segunda década de vida, é 1,5 vezes mais freqüente em mulheres do que em homens.

Em relação a Souza et al. (2006), no que diz respeito às pessoas obesas em tratamento nutricional para a obesidade, verificou que o TCAP apresentou-se em 28,57% dos 42 pacientes obesos que estavam sendo atendidos no ambulatório da Universidade de Piracicaba.



Gráfico 9: Distribuição percentual dos obesos mórbidos que referem perda de controle entre as refeições principais, NATAL - RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Conforme características do TCAP, a perda de controle após refeições pelos pacientes entrevistados foi de 55%, eles comiam muito nas principais refeições e ainda sentiam vontade de se alimentar mais do que o necessário.

No estudo de Souza et al. (2006), 28,57% apresentavam perda de controle após as refeições e o de Matos et al. desenvolvido em 2002, encontrou uma frequência significativa de TCAP (36%) em pacientes obesos mórbidos que procuravam tratamento na Clínica de Endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp –EPM).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª edição (DSM-IV), os indivíduos que possuem a compulsão devido a algum tipo de estresse ou a sentimentos negativos e baixo estima, ingerem uma grande quantidade de comida que, definitivamente, é maior do que a quantidade que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante. Durante o episódio, fica evidente o sentimento de perda do controle do próprio comportamento, que na maioria dos episódios ultrapassam as necessidades de calorias diárias.

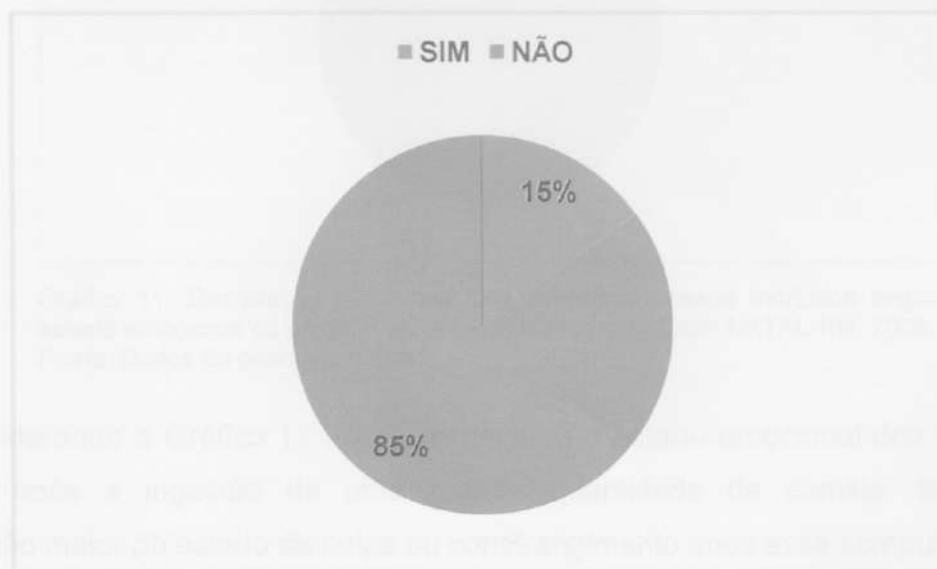


Gráfico 10: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que ingerem alimentos quando estão realmente com fome, NATAL-RN 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Foi encontrada no grupo estudado em relação aos que comem realmente quando estão com fome 15% e 85% para aqueles que ingerem alimentos quando estão ansiosos, comendo sem sentir fome isso se identifica com Matos et al. (2002), já que seu estudo nos mostra que 70% tinha frequência de ansiedade como traço de personalidade e como estado ansioso 54% dos seus 50 pacientes obesos, sendo estado emocional da ansiedade o mais prevalecido entre os obesos.

Em relação a isso, entre obesos que procuram tratamento têm sido encontrados índices significativamente elevados de depressão e mais transtornos de ansiedade (PETRIBU et al., 2006).

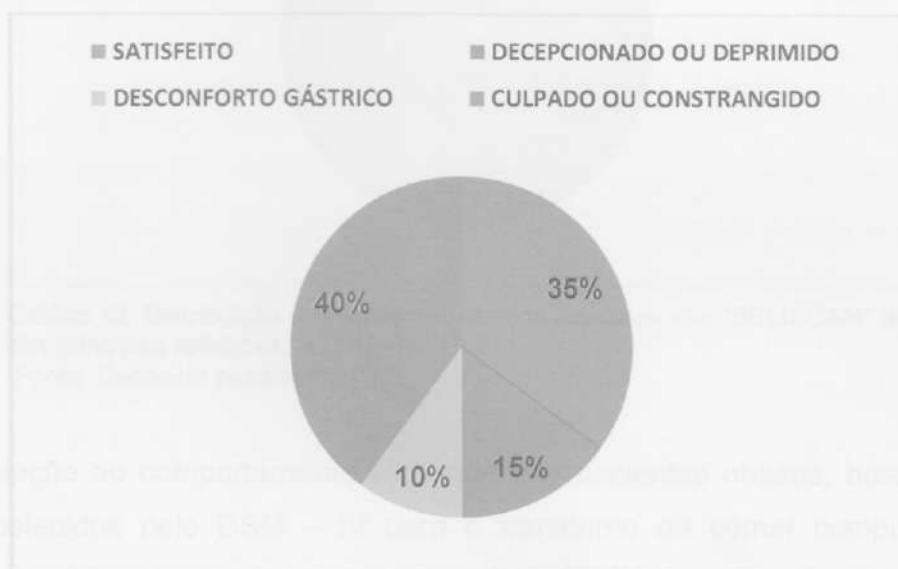


Gráfico 11: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos segundo o estado emocional ou gástrico após a compulsão alimentar, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Considerando o Gráfico 11 acima, verifica-se o estado emocional dos obesos estudados, após a ingestão de uma grande quantidade de comida, tendo a representação maior do estado de culpa ou constrangimento após essa compulsão.

De acordo com Faiburn (1995), durante o episódio, o indivíduo sente como se não tivesse nenhuma possibilidade de controlar sua atitude compulsiva alimentar e, após o episódio, refere desconforto psicológico.

Como descreveu Stunkard; Allison (2003) e agora definido no DSM-IV, pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica se alimentam descontroladamente sem utilizar nenhum método de comportamento compensatório. A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa pela quantidade que foi ingerida.



Gráfico 12: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos que "BELISCAM" antes das principais refeições, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Com relação ao comportamento alimentar das pacientes obesas, baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM – IV para o transtorno do comer compulsivo, os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria (65%) dos obesos apresentavam as características dos episódios do ataque de comer (Compulsão alimentar), tais como: Comiam rápido (75%), assim como havia perda de controle para terminar de comer em alguns momentos, como também a ingestão de grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo que está relacionada principalmente "Beliscar", representando este no Gráfico 12, onde 65% dos pacientes beliscavam antes das principais refeições.

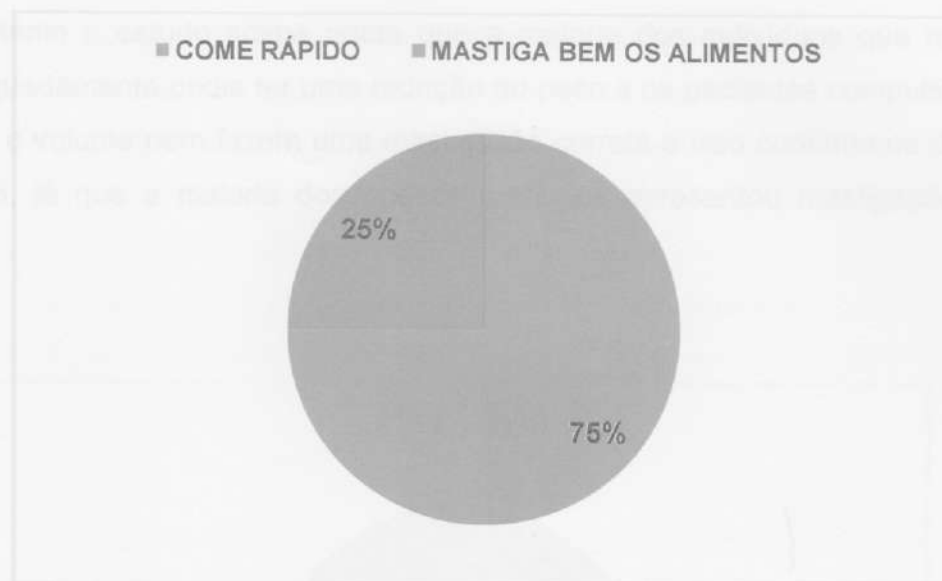


Gráfico 13: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos segundo a maneira da mastigação dos alimentos, NATAL-RN, 2008.
Fonte: Dados da pesquisa (2008)

No que diz respeito à mastigação dos alimentos, os obesos mórbidos tinham como hábito na hora da compulsão comer muito rápido, prevalecendo esta característica em 75% dos 20 entrevistados. Essa mastigação rápida se dá no momento da compulsão, pois muitas vezes quando estão ingerindo muita quantidade de alimentos, nem sentem o que estão comendo e assim, mastigam rápido.

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) caracteriza-se pela ingestão descontrolada de grande quantidade de alimentos, sem apetite e quase sem mastigar (VILLELA;CRUZ, 2003).

Segundo Apolinario; Moares; Motta (2008), em sua amostra estudada, 28 (93,3%) relataram acreditar que existe influência da mastigação na redução de peso. Ao aplicar um questionário sobre qual relação existiria entre a mastigação e a redução de peso verificou-se que 22 (73,3%) acadêmicos relataram que a mastigação adequada leva ao alcance da saciedade beneficiando na redução de peso; cinco (16,7%) responderam que pacientes ansiosos e compulsivos não controlam o volume mastigado e ingerido, ocasionando o ganho do peso. E dentre os 23 pacientes orientados a comer de forma lenta, 12 (52,2%) apresentaram ritmo médio e três (13,0%) ritmo rápido.

Portanto o estudo acima relata que a maioria dos indivíduos que mastigam mais adequadamente podia ter uma redução do peso e os pacientes compulsivos não controlam o volume nem fazem uma mastigação correta e isso confirma os dados do Gráfico 13, já que a maioria dos obesos mórbidos apresentou mastigação rápida (75%).



Gráfico 14: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que se sentem constrangidos com o peso, NATAL-RN, 2008.
Fonte: Dados da pesquisa (2008)

A preocupação e insatisfação corporal prevaleceu em 85% dos pacientes analisados contribuindo para um pior resultado dietético, concordando assim com o estudo de Matos et al. (2002) pois a preocupação com a imagem corporal esteve presente em 76% dos pacientes em seu estudo. Em termos dos componentes psicológicos do transtorno, os pacientes com TCAP possuem auto-estima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem o transtorno (ZWAAN; 1997). Os Comedores compulsivos obesos, freqüentemente, preocupam-se com a forma e o peso corporal e em fazer dieta; possuem imagem corporal negativa e fortes impulsos para comer em excesso.

De acordo com Almeida; Loureiro; Santos (2002), eles avaliaram a imagem do corpo de mulheres obesas mórbidas comparando com as mulheres não obesas, e concluíram que as que possuem a obesidade grau III têm dificuldade de expressar sua vivência corporal, dando indícios de sentimentos de inferioridade, insatisfação e preocupação com o corpo e beleza.

A insatisfação corporal em mulheres obesas está relacionada muito mais com a presença de TCAP do que com o próprio excesso de peso (MOREIRA; BATISTA, 2007).



Gráfico 15: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos de acordo com o método usado para o controle do peso, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

O comer compulsivo não está associado ao uso de comportamentos compensatórios inapropriados (p. ex., purgativos, jejum ou exercícios excessivos) e não ocorrem exclusivamente durante o aparecimento de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa de acordo com o "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), American Psychiatric Association, 1994" e isso confirma os dados apresentados no Gráfico 15, pois 70% dos obesos não faziam uso de nenhum de método para controle do peso.

As pessoas que apresentam o transtorno do comer compulsivo segundo Fairburn (1995) têm ataques bulímicos várias vezes ao dia, mas não usam medidas

patológicas de controle de peso como os pacientes com bulimia nervosa utilizam, como os comportamentos compensatórios (vômitos, abuso de laxativos, exercício físico excessivo) que sucedem o episódio bulímico.

Concordando os dados apresentados com Johnson et al. (2000), no seu estudo, o tempo de duração da compulsão é em torno de duas horas no máximo. Portanto, ressalta-se, que pacientes com TCAP apresentam dificuldades para delimitar os episódios de compulsão alimentar em virtude de não apresentarem o engajamento em métodos compensatórios. Tornando difícil a contagem do número de episódios apresentados em um dia pelos pacientes.

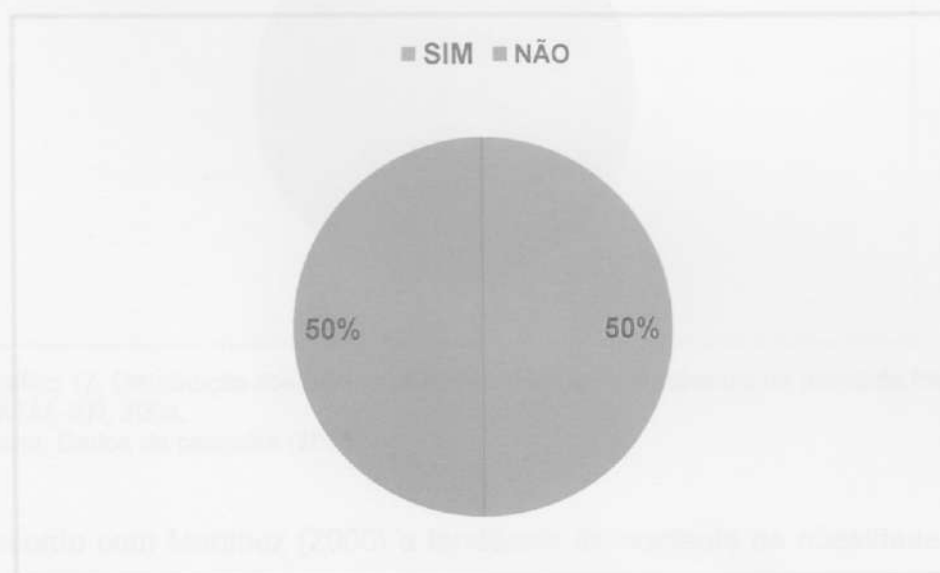


Gráfico 16: Distribuição percentual dos pacientes obesos mórbidos que se alimentam sozinhos ou não, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Para se caracterizar o TCAP, três ou mais dos critérios a seguir devem estar presentes: 1. Comer mais rápido que o normal; 2. comer até se sentir inconfortavelmente cheio; 3. comer sozinho, por sentir vergonha da quantia de comida ingerida; 4. após os episódios, apresentar sentimentos depressivos e culposos. Porém no Gráfico 16 é claro perceber que os participantes do estudo tanto comiam

sozinhos como também acompanhados, já que o resultado obtido foi igual para os dois.

Uma característica que converge com o critério do DSM – IV é o ato de comer sozinho, pois 50% dos pacientes do estudo relataram que preferem comer acompanhados e sozinhos, o que possa talvez dificultar para uma maior ingestão alimentar.

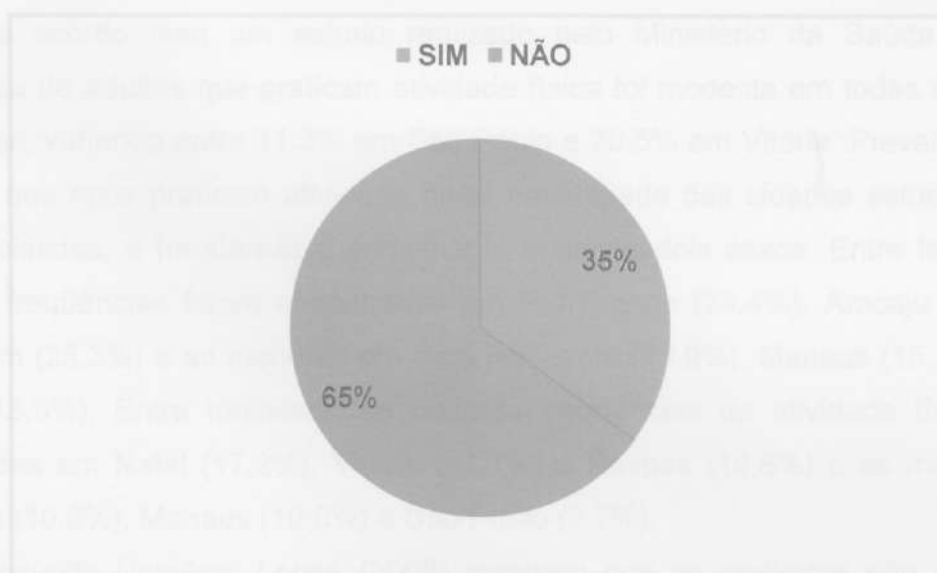


Gráfico 17: Distribuição dos pacientes obesos mórbidos praticantes de atividade física, NATAL-RN, 2008.

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

De acordo com Martinez (2000) a tendência do aumento da obesidade parece ocorrer paralelamente à redução na prática de atividade física e aumento no sedentarismo. Dados que corroboram com o nosso estudo onde apenas 35% dos entrevistados praticavam algum tipo de atividade física.

Estima-se hoje que a falta de atividade física entre os adultos é de 17%. E de 31% e 51% das pessoas praticam atividade física de maneira insuficiente, menos de duas horas e meia por semana de atividade moderada, variando de 41% entre as sub-regiões (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2003) indica que 60% da população não praticam atividade física suficiente. É mais provável que os padrões de

atividade física adquiridos durante a infância e adolescência permaneçam para o resto da vida. Porém os hábitos adquiridos na juventude se for de habitual o sedentarismo, alimentação inadequada, rica em alimentos industrializados e gordurosos, tendem também a persistir.

No estudo de Porto (2002) foi observado que a maioria dos pacientes tinham atividades leve a moderada (87,7% dos pacientes) e apenas 6 (1,9%) dos pacientes tinham atividades intensas.

De acordo com um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2008) a frequência de adultos que praticam atividade física foi modesta em todas as cidades estudadas, variando entre 11,3% em São Paulo e 20,5% em Vitória. Prevalecendo os homens que mais praticam atividade física em metade das cidades estudadas; nas demais cidades, a frequência é semelhante entre os dois sexos. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Rio Branco (24,4%), Aracaju (25,1%) e em Belém (25,3%) e as menores em Belo Horizonte (16,9%), Manaus (15,7%) e São Paulo (15,5%). Entre mulheres, as maiores frequências de atividade física foram observadas em Natal (17,2%), Vitória (17,7%) e Palmas (18,6%) e as menores em Teresina (10,8%), Manaus (10,0%) e São Paulo (7,7%).

Segundo Camões; Lopes (2008) mostram que as mulheres não realizavam exercício físico regular (95,5%) e os homens, apesar de mais ativos, 90,2% não realizavam exercício físico.

6 CONCLUSÕES

- Observamos durante este estudo a predominância do gênero feminino em relação ao masculino com problemas relacionados à obesidade e a compulsão alimentar;
- Em pacientes que possuíam ambos os pais obesos e somente o pai a predominância da obesidade foi maior;
- A fase de aparecimento da obesidade prevaleceu a da infância;
- A maioria dos entrevistados era sedentária;
- Nos aspectos emocionais relacionados à alimentação, os comedores compulsivos comiam muito rápido e em um curto período de tempo, sentiam muita ansiedade e ingeriam alimentos não só quando estavam com fome, apresentando constrangimento pelo peso e sentiam-se culpados e envergonhados pelo o excesso de alimentos ingeridos;
- Os entrevistados na maioria deles, não usavam nenhum método para controlar o peso.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; LOUREIRO, Sonia Regina e SANTOS, José Ernesto dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.
- ANJOS, L. A. Tendência secular do índice de massa corporal de adolescentes do Nordeste e Sudeste entre 1974 e 1997. In: Simpósio Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência, *Anais...*, p. 89-95, Salvador: Instituto Danone. 2000.
- APPOLINARIO, Roberta Menegheli Cardoso; MOARES, Rachel Batista de e MOTTA, Andréa Rodrigues. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.10, n. 2, p. 191-199, abr-jun, 2008.
- APPOLINARIO J.C.; COUTINHO, W.; POVOA, L.C.- O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *J Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 44, sup. , p. 46-49,out., 1995.
- APPOLINARIO, J. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 75-76, jun. 2004.
- ARAÚJO, C. R. B. de. **Avaliação nutricional em pacientes obesas mórbidas submetidas a gastroplesia em y de roux.** 2001. 72f. Dissertação (Mestrado em Nutrição)- Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Recife, 2001.
- AUGUSTO, Ana Lúcio Peres, et al. Indicações do Suporte Nutricional. As bases da Alimentação Enteral. In: _____. **Terapia Nutricional.** São Paulo: Editora Atheneu, 2002, cap.5.
- BORGES, M.B.**Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia.**1998.Dissertação. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.
- CABALLERO, B. Symposium: obesity in developing countries: biological and ecological factors. *J Nutr.* p. 866-870. 2001.

CAMÕES, M.; LOPES, C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 208-216, abr., 2008.

COUTINHO W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

COUTINHO, W. F. Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. **Einstein**. Rio de Janeiro, Supl. 1, p. 49-52. 2006.

CUNHA, L. N. Tudo o que você deve saber sobre alimentação e saúde de crianças e adolescentes. **Diet Book Junior**. São Paulo; Mandarim, 2000.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição**: nutrição clínica no adulto. Barueri, São Paulo: Manole LTDA. Cap 8, p. 149., 2002.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. de M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 24, supl. 3, p. 49-53, dez. 2002.

DUCHESNE, M. et al. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 29, nº. 1, p.80-92, abr. 2007.

FAIRBURN, CG. Overcoming binge eating. New York: Guilford Press, 1995.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**. v. 13, n.1, pp. 17-18, jan/abr. 2000.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 215-220, nov. 2001.

GRILO, C.M.- Binge eating disorder. In: FAIRBURN, C.G.; BROWNELL, K.D. (eds.). **Eating disorders and obesity**: a comprehensive handbook. 2 ed., p. 178-82, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PPV - Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997**. Brasil, Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Brasil. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Saúde, 2004.

JOHNSON et al. What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. **Int J Eat Dis.** 27:471-9, 2000.

MARIATH, A. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 4, p.897-905, abr. 2007.

MARTINEZ, J.A. Body-weight regulation: causes of obesity. **Proc Nutr Soc.** v.59, p. 337-345, 2000.

MATOS et al. Compulsão alimentar periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo v.24, n. 4, p. 165-169, out., 2002.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10ª ed. São Paulo: Roca. 2002.

MCELROY, S.L. et al. Zonisamide in the treatment of binge eating disorder: an open-label, prospective trial. **J Clin Psychiatry**. v. 65, p. 50-56, 2004.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.3, p. 173-182, maio/jun, 2004.

MOREIRA, R. O.; BATISTA, A. P. C. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 29, no. 1, p. 130-131, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **VIGITEL BRASIL 2007**. Brasília, DF, 2008.

NAPOLITANO, M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A. et al.- Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord* , v.30, p. 193-203, 2001.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed; p.40-46, 1998.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NUZZO, L. et al. Perfil de indivíduos com diferentes níveis de sobrepeso e avaliação do consumo alimentar frente às diretrizes do Guia alimentar para a população brasileira. **Nutrição em Pauta**. São Paulo, ano 15, n. 87, nov./dez., 2007

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

PAPELBAUM, Marcelo et al. Prevalência de transtornos alimentares e comorbidade psiquiátrica em uma amostra clínica de pacientes com diabetes mellitus do tipo 2. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.2, jun., 2005.

PETRIBU, Kátia et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.50, n.5, 2006.

PINHEIRO, A. R. O., FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**. v.17, n.4, p.523-533, dez. 2004.

PORTO, Marcus C. Vaz et al. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.46, n. 6, p. 668- 673, dez. 2002.

QUADROS, M.R.R. et al. Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido no ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia-PUC-PR. **Nutrição em Pauta**. São Paulo, ano 13, n.70, Jan./Fev., 2005.

RAMOS, Alessandra M.P.P.; BARROS, Antônio de A. F. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** v.47, n. 6,2003.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.

SOUZA, N.P.P.; OLIVEIRA, M.R.M.; MOTTA, D.G. da. Transtorno da compulsão alimentar periódica em obesos sob tratamento ou não. **Saúde Revista**. Piracicaba, 8(19): 21-26,2006.

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T. et al.- Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. **Int J Eat Dis**. v. 13, p. 137-53, 1993.

STICE, E.; AGRAS, W. S.; HAMMER, L. D. Risk Factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. **Int J Eat Disord**, p. 375-87. 1999.

STUNKARD, A.J.; ALLISON, K.C.- Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. **Int. Journal of obesity** . v. 27, p. 1-12, 2003.

TERRES, N. G. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 627-633,2006.

TRAEBERT, J. et. al. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. **Revista de Nutrição**. v.17, n. 2, p.247-253, Jun. ,2004.

TRICHES, R. et. al. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p.541-547, ago. 2005.

UAUY, R.; ALBALA, C.; KAIN, J. Obesity trends in Latin America: transiting from under- to overweight. **J Nutr**; p. 93-99. 2001.

VILLARES, S.M.S.In: Obesidade, Halpern, A. São Paulo: Lemos, 1998.

VILLELA, N. B.; CRUZ, T.O. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. Baiana Saúde Pública**. Salvador, v.27, n.1/2, p. 76-83, jan./jul.2003.

VISCHER, T. L.; SEIDELL, J. C. The public health impact of obesity. **Annu Rev Publ Health**. v.22, p.355-375. 2001.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 28, n.1, p. 20-26, jan./abr. 2006.

ZWAAN, M. Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. **Eur Eating Disord Rev** . v.5: p. 226-240, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE NATALENSE PARA
O DESENVOLVIMENTO DO RIOGRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Compulsão alimentar: análise dos pacientes obesos mórbidos atendidos no ambulatório de nutrição da FARN, Natal/RN.

Pesquisador (es): Acd. Cecília Maria Machado Mindêlo (Curso de nutrição – FARN), Msc. Célia Regina Barbosa de Araújo (docente do curso de nutrição – FARN)

Com o objetivo de Avaliar o comportamento alimentar, especificamente o transtorno do comer compulsivo (TCC) em pacientes obesos mórbidos do ambulatório de nutrição da FARN.

Riscos: Os riscos possíveis associados à participação podem ser considerados mínimos, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos como: coleta de sangue, ingestão de alimentos ou substâncias que possam lhes trazer algum malefício.

Benefícios: Os benefícios em participar dos estudos que sairão como frutos desse projeto serão: contribuir para a formação de conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição, onde muitos deles fornecerão subsídios para desenvolvimento de condutas nutricionais.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. A participação no estudo será mantida confidencial até o limite permitido por lei. O Comitê de Ética da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) poderá inspecionar e copiar

registros pertinentes à pesquisa que contenham informações identificadoras, entretanto qualquer relatório ou publicação que resultar dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, a identificação do paciente não será revelada.

Participação Voluntária: Não há penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época.

Consentimento para a participação: Estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos do projeto, os procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foi garantido o direito a desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.

Nome (Letra de Forma): _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: _____

APÊNDICE B- PERFIL GERAL E CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES OBESOS
MÓRBIDOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL-RN.

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE NATALENSE PARA
O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

**QUESTIONÁRIO: Perfil Geral e características dos Pacientes Obesos
Mórbidos atendidos no ambulatório de nutrição da FARN, NATAL-RN.**

- 1 - Idade?
- 2 - Sexo: () MASCULINO () FEMININO
- 3 - Antecedentes Hereditários? Se sim, quem? () SIM () NÃO
- 4 - Qual a época do aparecimento da obesidade?
- 5 - Já fez tratamento dietético anterior? Se sim, Qual o peso máximo perdido e o tempo de manutenção do peso?
- 6 - Faz uso de algum tipo de medicamento?
- 7 - Pratica atividade física?
- 8 - Ingere grande quantidade de alimentos num curto período de tempo?
() SIM () NÃO
- 9 - Come rápido ou mastiga bem os alimentos?
() SIM () NÃO
- 10 - Ao término das refeições há perda de controle?
() SIM () NÃO
- 11 - Só ingere alimentos quando realmente está com fome?
() SIM () NÃO
- 12- Come até se sentir bastante cheio?
() SIM () NÃO

13 - Estado emocional ou gástrico após a refeição?

☐ Satisfeito

☐ Decepcionado ou deprimido

☐ Desconforto gástrico

☐ Culpado ou constrangido

14 - Come sozinho?

☐ SIM ☐ NÃO

15 - Se sente constrangido com o peso?

☐ SIM ☐ NÃO

16 - Costuma beliscar antes das refeições principais?

☐ SIM ☐ NÃO

17 - Atitude usada para controlar o peso?

☐ JEJUM PROLONGADO

☐ USO DE LAXATIVO

☐ REMÉDIOS PARA EMAGRECER

APRIMAÇÃO DO CONTEÚDO DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO SUL E DA DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO DO MONTE E DA DESENVOLVIMENTO DO MONTE E DA DESENVOLVIMENTO DO MONTE E DA DESENVOLVIMENTO DO MONTE

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Atividade	Descrição
Atividade 1	Elaboração do plano de trabalho
Atividade 2	Elaboração do plano de trabalho
Atividade 3	Elaboração do plano de trabalho
Atividade 4	Elaboração do plano de trabalho
Atividade 5	Elaboração do plano de trabalho

ANEXOS

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

Relatório de Atividades do Projeto de Pesquisa nº 50

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE

Parecer consubstanciado do Projeto de Pesquisa: nº 50

Registro no CEP-FARN	50 ABRIL/2008
Professor/a Responsável	Célia Regina Barbosa de Araújo
Projeto de Pesquisa	COMPULSÃO ALIMENTAR: ANÁLISE DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FARN, NATAL/RN.
Pesquisador Responsável	Cecília Maria Machado Mindêlo Endereço: Rua Francisco Maia Sobrinho, 1990, Lagoa Nova, CEP: 59064-380 Tel: 32312563
Instituição	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Área de Conhecimento	Nutrição

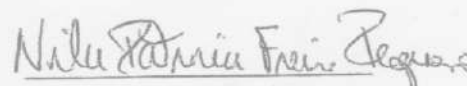
PARECER

Considerando que as recomendações foram adequadamente atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-FARN manifesta-se pela aprovação do protocolo registro CEP-FARN nº.

Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP-FARN para avaliação. O pesquisador deverá observar sugestões em anexo e encaminhar relatórios semestral e final, após sua conclusão.

Natal, 07 de Abril de 2008


Profª Dra. Vânia de Vasconcelos Gico
Coordenadora do CEP


Nila Patrícia Freire Pequeno
Parecerista