

COMPULSÃO ALIMENTAR, OBESIDADE E EMAGRECIMENTOLenize Chaves¹,
Antonio Coppi Navarro¹**RESUMO**

O ritmo acelerado do crescimento dos índices no mundo faz da obesidade, o grande fator de risco do milênio. Entre 1980 e 2008, a sua prevalência dobrou e de acordo com o Consenso latino-americano ela é responsável direta ou indiretamente por duzentas mil mortes a cada ano. Os altos investimentos em pesquisas permitiram à ciência descobrir inúmeros processos metabólicos, genéticos e neurológicos associados à obesidade, mas não se tem ainda uma solução para esse problema de saúde pública, que afeta meio bilhão de pessoas no mundo. Grande parte dos pacientes obesos, que buscam tratamento, apresenta distúrbios psiquiátricos, principalmente, depressão e transtornos de ansiedade. Há também uma subpopulação de obesos que sofre de transtornos alimentares, entre eles, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Essas comorbidades podem interferir desfavoravelmente no manejo e condução do tratamento. O objetivo deste estudo foi revisar diversas publicações que relacionam obesidade, compulsão alimentar (CA) e TCAP realçando aspectos relacionados à sua prevalência, etiologia e resultados obtidos em diversas propostas de tratamento. Essa revisão foi feita a partir de diversas bases de dados, artigos, revistas e livros especializados. Os resultados demonstram que a CA e o TCAP têm alta prevalência em pacientes obesos e com sobrepeso, que existe alta comorbidade de obesidade e transtornos psiquiátricos e que esse fato interfere negativamente nos resultados dos tratamentos para perda de peso.

Palavras-chave: Obesidade, Compulsão Alimentar, TCAP, Emagrecimento.

1-Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Gama Filho em Obesidade e Emagrecimento

ABSTRACT

Bing eating, obesity weight loss

Obesity's rapid rate of growth in the world makes it a major risk factor in this millennium. Between 1980 and 2008 its prevalence has doubled and according to the Latin American Consensus it is directly or indirectly responsible for two hundred thousand deaths each year. High investments in research have enabled science to discover numerous metabolic, genetic and neurological processes, associated with obesity. However, a solution to this public health problem, that affects half a billion people worldwide, still does not exist. Most obese patients seeking treatment have psychiatric disorders, mainly depression and anxiety. There is also a subpopulation of obese patients suffering from eating disorders, such as, Binge Eating Disorder (BED). These co-morbidities may adversely affect the management and conduct of treatment. The aim of this study was to review several publications that relate obesity, binge eating (BE) and BED, highlighting aspects of their prevalence, etiology, and the results obtained from different treatment proposals. This review was compiled from a variety of databases, articles, periodicals and specialized books. The results show that BE and BED have a high prevalence in obese and overweight patients, that there is high co-morbidity of obesity and psychiatric disorders, and that this impairs the results of weight loss treatments.

Key Words: Obesity, Binge Eating, Binge Eating Disorder, Weight Loss.

E-mail:
lenizebchaves@gmail.com

Endereço para correspondência:
Rua Dr. Lucídio Avelar 55 - apto. 701
Burity - Belo Horizonte - Minas Gerais
CEP 30455-790

INTRODUÇÃO

A obesidade representa um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade. A redução na expectativa de vida em função do aumento de peso e os prejuízos à saúde são parâmetros importantes para caracterizá-la, e avaliar sua gravidade.

O comprometimento fisiopatológico de basicamente todos os sistemas do organismo e as inúmeras complicações associadas, responsáveis pelos altos índices de mortalidade e morbidade (Mancini, 2001), torna a obesidade um grande desafio para pesquisadores, profissionais de saúde e governos do mundo inteiro.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, dados de 2003 revelam que mais de 300 milhões de adultos sofrem com a obesidade no mundo. No Brasil, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, através da Pesquisa de Orçamento Familiar (2002-2003), mostrou que 40,6 % da população encontra-se com excesso de peso, destes, 11,0%, apresentam diagnóstico de obesidade.

Pessoas obesas têm maior risco de desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios e alguns tipos de câncer. Em mulheres, distúrbios reprodutivos é uma complicação freqüente (Ades e Kerbauy, 2002).

Até o momento, os resultados de tratamentos e programas de emagrecimento são insatisfatórios. Estudo realizado por Segal e Fandiño (2002) revela que 95% dos pacientes com obesidade grave não responde ao tratamento e recupera seu peso em dois anos.

Sumariamente, a obesidade pode ser considerada um transtorno do comportamento, no qual há um excesso de consumo alimentar comparado ao dispêndio de energia. Essa extrema simplificação poderia situá-la como um problema do controle da vontade, caracterizando-a como um distúrbio psicológico.

Achados recentes, entretanto, sugerem uma vulnerabilidade genética, que pode se expressar em maior ou menor grau, dependendo das condições ambientais. A própria regulação do peso pode também ser influenciada por esses fatores.

Os modelos biológicos/ ambientais são, então, até o momento, os mais adequados para a explicação dos

comportamentos que levam à obesidade (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002).

A população de obesos foi considerada, por muito tempo, um grupo homogêneo (Friedman, citado por Azevedo, Santos e Fonseca, 2004).

Estudos revelaram, entretanto, uma subpopulação com características semelhantes, mas refratária aos usuais tratamentos comportamentais para perda de peso.

Embora esteja claro, que a obesidade é significativamente determinada biologicamente, os seus correlatos psicológicos são inequívocos e de extrema relevância na condução do tratamento dos indivíduos obesos.

Os elevados índices de transtorno de humor e ansiedade e os relatos de episódios de compulsão alimentar, sem mecanismos compensatórios ou de purgação, característicos desse transtorno, fizeram com que esse grupo viesse a ocupar um quadro diagnóstico relativamente recente no DMS-IV (APA, 1994) - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - e que está para ser incluído no DSM-V como diagnóstico próprio. Esses indivíduos são hoje diagnosticados como portadores do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizadas por alterações graves no comportamento alimentar, que alteram o metabolismo, os padrões de fome e saciedade, o significado do alimento e resulta em graves alterações clínicas e nutricionais.

Essas síndromes comportamentais vêm sendo amplamente estudadas nos últimos 30 anos e são ainda designadas como "transtornos", pelo fato de não terem sua etiologia e etiopatogenia devidamente esclarecidas (Claudino e Borges, 2002).

O objetivo desse trabalho é revisar os estudos que relacionam obesidade, TCAP e Compulsão Alimentar (CA), identificar os principais aspectos abordados nesses estudos, incluindo prevalência, fatores de risco, psicopatologia comórbida e resultados de perda de peso na população com sobrepeso e obesidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão baseou-se em consultas às bases de dados Medline, Pubmed, Lilacs, Scielo e PsycInfo.

Foram pesquisados estudos em literatura nacional e estrangeira, utilizando-se os termos binge eating disorder, compulsão alimentar, transtorno da compulsão alimentar periódica e obesidade.

Foram selecionados artigos de autores reconhecidos na área de estudo dos transtornos alimentares e obesidade. Revistas e livros técnicos de referência foram consultados por suas relevantes contribuições ao aprofundamento do tema.

REVISÃO DE LITERATURA

A obesidade é, segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), uma doença endócrina, nutricional e metabólica, e não um distúrbio mental ou comportamental. Apesar de, não ser considerada tampouco como um transtorno alimentar (TA), vários aspectos de seu quadro clínico mostram-se relacionados a eles (Appolinário, Cordás e Claudino, 2002).

De acordo com os atuais sistemas de classificação dos transtornos mentais – DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) e CID 10 (OMS, 1993), a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, são consideradas as entidades principais da categoria dos transtornos alimentares e apresentam como características psicopatológicas centrais a preocupação excessiva com o peso e a forma, e o medo excessivo de engordar.

Para manterem o peso e alcançarem o corpo, que julgam ideal, os pacientes se utilizam normalmente, de dietas extremamente restritivas, e métodos compensatórios ou de purgação variados. A insatisfação com a imagem corporal é uma tônica e o autojulgamento se faz quase que exclusivamente em função da aparência física (Claudino e Borges, 2002).

Os quadros subclínicos ou síndromes parciais, ou seja, que não satisfazem todos os critérios diagnósticos para as síndromes completas, citadas anteriormente; os quadros atípicos e o TCAP (Binge Eating Disorder – BED) foram designados como transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE).

Diagnóstico, hoje, já amplamente utilizado na clínica, o TCAP se estabeleceu como tal, a partir da necessidade de se diferenciar indivíduos obesos que apresentavam a compulsão alimentar, daqueles que não a apresentavam, e também para distinguir os obesos com TCAP, dos bulímicos (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002).

Relatos de compulsão alimentar são antigos e no século XV, já se fazia referência a um quadro de apetite exagerado, denominado bulimia. O conceito passa por várias reformulações (Borges e Jorge, 2000), até que vem a ser incluído no DSM-IV no Apêndice B, como categoria diagnóstica a ser mais bem estudada.

O fenômeno foi descrito pela primeira vez em 1959 por Stunkard em estudo com pacientes obesos, mas somente em 1991, Spitzer e colaboradores (1993), sugeriram que as pessoas com episódios de compulsão alimentar e que não apresentavam eventos purgativos e/ou compensatórios como os bulímicos, fossem investigados como portadores de uma nova categoria de TA, que foi então denominada Binge Eating Disorder (BED).

A principal característica do TCAP é a ingestão repetida de grande quantidade de alimentos (Binge), acompanhada pela sensação de perda de controle sobre o ato de comer, seguida por angústia intensa, vergonha, nojo, e/ ou culpa (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004), distresse, aumento significativo de peso e alta comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (Spitzer e colaboradores, 1992).

O excesso alimentar, em período curto de tempo – máximo de duas horas, e o impulso irrefreável para comer são centrais para o diagnóstico, e devem acontecer com uma frequência de duas vezes por semana, nos últimos seis meses (DSM IV-R).

Quando comparados aos portadores da bulimia nervosa, esses indivíduos não relatam dietas tão restritivas e nem alternam, de forma tão intensa, compulsão e restrição. Comer até se sentir repleto, sensação de repulsa por si mesmo, hábito de comer sozinho para se evitar embaraços, passam a delinear um padrão alimentar característico.

Outro aspecto do diagnóstico diferencial com a bulimia nervosa, é que indivíduos com TCAP não se utilizam de mecanismos compensatórios inadequados

como uso de laxantes, vômitos, diurese e exercícios exagerados (First, Frances e Pincus, 2004).

Um novo critério, que tem pautado os estudos atuais é a auto-avaliação baseada no peso e na forma do corpo. Esse aspecto permite a diferenciação entre obesos com e sem TCAP (Wifley e colaboradores, 2000), e sugere uma aproximação entre esse diagnóstico e a bulimia e anorexia (Claudino e Borges, 2002).

Estudos sobre prevalência de TCAP na população americana têm referido índices entre 2% na comunidade, 30% em programas de emagrecimento e 71% nos comedores compulsivos anônimos (Spitzer e colaboradores 1992).

No Brasil, Coutinho (1999) e Borges (1998) encontraram uma prevalência entre 15% e 22% em amostra de pacientes em tratamento para perda de peso. Para pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, verificou-se a presença do transtorno em 56% (Petribu e colaboradores, 2006).

Os transtornos alimentares apresentam etiologia multifatorial e a influência sociocultural tem um impacto significativo, ao lado da predisposição genética e das vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Fatores ambientais, características de personalidade, problemas com os pais, história de abuso sexual, história anterior de obesidade e de dietas são considerados fatores de risco (Hay, 2002).

Para TCAP, os fatores etiológicos mais importantes são altas expectativas, maus tratos ou superproteção, eventos traumáticos na infância, alcoolismo ou transtornos psiquiátricos dos pais em algum período da vida, abuso e os fatores de dieta (comentários críticos sobre peso e forma física, obesidade ou transtorno alimentar dos pais e na infância) (Hay, 2002).

A dieta é considerada o fator precipitante da CA. A restrição alimentar severa, as alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e o ciclo de binge e purgação tendem a perpetuar os sintomas alimentares. Indivíduos que não desistem das dietas restritivas não deixam de ter a compulsão alimentar (Galvão, Pinheiro e Somenzi, 2006).

Embora O TCAP possa ocorrer também em indivíduos com peso normal, há evidências que indivíduos com o transtorno

ingerem significativamente mais alimentos que os obesos sem ele (Goldfein e colaboradores, 1993).

Histórias de obesidade mais precoce e de repetidos insucessos com dietas são relatados. Em clínicas para tratamento da obesidade, esses indivíduos são em média mais obesos, e apresentam maior flutuação de peso do que indivíduos sem esse diagnóstico (Spitzer e colaboradores, 1993).

O perfil psicológico dos indivíduos com TCAP normalmente revela auto-estima muito baixa e costume de se avaliar principalmente em função do peso e forma do corpo. Estudos sobre a comorbidade mostraram que os índices de psicopatologia, principalmente depressão e transtornos de personalidade são maiores do que em indivíduos sem ele e estão associados ao número de episódios de compulsão alimentar que experimentam e não ao seu grau de obesidade (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002).

A mais recente área de pesquisa sobre o TCAP tem se dedicado a compreender os fatores que influenciam o resultado do tratamento, uma vez que pacientes que relatam níveis mais elevados de patologia alimentar e episódios de CA têm uma pior evolução em tratamentos comportamentais (Dobrow, Kamenetz e Devlin, 2002).

Revisão de 31 estudos para avaliar os resultados de dietas de redução de peso, realizada em 2007 pela American Psychological Association, mostrou que após dois anos, cerca de dois terços dos indivíduos pesquisados acabam pesando mais que antes do início do regime (Freedman, 2011)

Os frequentes insucessos nos tratamentos de redução de peso e os concomitantes prejuízos a saúde física e psicológica dos indivíduos obesos, forçam pesquisadores e profissionais de saúde a aprofundar a questão do diagnóstico, com o objetivo de se entender como os aspectos psicológicos e comportamentais são importantes para o manejo adequado do problema.

Os transtornos alimentares têm sido considerados como problemas de difícil abordagem por sua complexidade etiológica e natureza multidimensional e podem produzir uma grande perturbação no funcionamento físico, psicológico, interpessoal e social do indivíduo. O tratamento para o TCAP deve ser feito por uma equipe interdisciplinar e a

abordagem psicoterápica efetiva depende muitas vezes, além da psico-educação, da integração de várias técnicas psicológicas (Galvão, Pinheiro e Nunes, 2006).

O número de publicações que estudam os efeitos da Psicoterapia nos transtornos alimentares aumentou significativamente nos últimos trinta anos, embora as evidências e explicações sobre o seu papel continuem limitadas. Para o TCAP, a maioria dos estudos se concentra ainda em curto prazo (Freitas, 2006).

A revisão da literatura feita nesse trabalho segue uma ordem cronológica dos estudos e pesquisas dedicados ao TCAP e à sua associação com a obesidade. Estes estudos avaliaram a prevalência, fatores de risco, comorbidades, aspectos psicológicos e resultados obtidos pelos indivíduos obesos que buscaram tratamento e foram atendidos através de abordagem psicoterápica. Apenas dois estudos relatados não seguiram esta modalidade.

A maioria deles evidencia que pacientes obesos com TCAP são mais resistentes às estratégias terapêuticas normalmente empregadas e são mais sujeitos a recaídas (Marcus, Wing e Fairburn, 1995).

Estudo de Telch e Stice (1998) com 61 mulheres com TCAP e 60 controles na comunidade mostrou que mulheres com esse diagnóstico apresentam mais depressão, desordens do eixo I e II, mais sintomas psiquiátricos e alimentares.

Estudo que avalia fatores de risco para TCAP e bulimia nervosa, realizado por Fairburn e colaboradores (1998), Identifica experiências adversas na infância, depressão dos pais, vulnerabilidade à obesidade, história de obesidade infantil, exposição a comentários negativos sobre forma, peso e alimentação como fatores predisponentes para esse transtorno alimentar.

Goodrick, Walker, Poston (1998), avaliaram o efeito de tratamento com dieta em pacientes com sobrepeso e TCAP. Embora tenha havido uma diminuição na pontuação da escala de compulsão alimentar, Binge Eating Scale (BES), o estudo revelou que não houve sucesso na perda de peso em curto e longo tempo.

Levine, Marsha e Moulton (1996) avaliaram o resultado da prática de programa de exercícios na redução do número de episódios de CA e redução de sintomas

depressivos em mulheres com TCAP no período de seis meses. Apesar dos resultados relativos à redução de peso e da sintomatologia depressiva terem sido inexpressivos, 85% das pacientes não apresentaram episódios de CA no final do tratamento.

Estudo para se avaliar características psicológicas e comportamentais associadas à CA e o prognóstico de perda de peso em curto e longo prazo foi realizado por Sherwood, Jeffery e Wing (1999). Segundo esse estudo, CA está fortemente associada à história de dieta, efeito sanfona, sintomas depressivos, maior propensão ao abandono do tratamento e piores resultados na perda de peso.

O estudo de Peterson, e colaboradores (2000) buscou identificar preditores de prognóstico para pacientes tratados seguindo manual de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Relatos de CA no início do tratamento foram preditores dos mesmos ao final.

Estudo comparando a efetividade da terapia cognitiva e da comportamental para pacientes tratados em grupo em período de 15 semanas (Nauta e colaboradores, 2000), mostrou que a terapia cognitiva foi mais efetiva em reduzir sintomas relacionados à forma, peso, alimentação, restrição e em melhorar a auto-estima. Esses resultados foram mantidos em follow-up de seis meses. A terapia comportamental foi mais efetiva em reduzir peso, embora o reganho aconteça em curto prazo. A redução no número de episódios de CA foi mais efetiva no grupo tratado com terapia cognitiva.

Telch e colaboradores (2001) avaliaram a eficácia da terapia comportamental dialética, desenvolvida para tratamento de pacientes com transtorno borderline, em 44 mulheres com TCAP. 89% das pacientes estavam abstinentes da CA ao final do tratamento. Após seis meses de seguimento, 56% continuaram abstinentes.

Os desafios enfrentados por pacientes obesos com TCAP foram analisados em estudo de caso por Devlin (2001). Enfatizando a dificuldade de se sustentar a perda de peso, o autor realça a importância do planejamento de longo prazo e da promoção da auto-aceitação para desencadear mudanças no estilo de vida e melhora na saúde física e psicológica.

Matos e colaboradores (2002) estudaram a frequência de TCAP, episódios de CA, ansiedade, depressão e distorção na imagem corporal em pacientes com obesidade grau III que buscavam tratamento para a obesidade. Os resultados mostraram entre outros aspectos a presença de sintomas depressivos em 100% da amostra, preocupação com a imagem corporal em 76%, e episódios de CA em 54%.

Pesquisa da prevalência de TCAP em crianças e adolescentes que buscam tratamento para perda de peso foi realizada por Decaluwé, Braet e Fairburn (2003). O estudo mostrou que 36,5% apresentavam episódios de CA, sendo que 6% apresentavam dois ou mais por semana. Os pacientes com TCAP apresentaram auto-estima mais baixa e mais características de patologia alimentar.

O estudo de Siqueira, Appolinário e Sichieri (2004) avaliou a prevalência de CA em 2858 consumidores de shopping centers em cinco cidades brasileiras. Entre indivíduos com peso normal, 1,4% dos homens e 3,9% das mulheres apresentavam CA. Em indivíduos com sobrepeso e obesidade, esse índice aumentou para 6,5% nos homens e 5,5% nas mulheres. O estudo mostrou existir forte correlação entre episódios de CA e sobrepeso e obesidade.

O motivo para a busca de tratamento em indivíduos com TCAP foi objeto do estudo de Reas, Masheb, e Grilo (2004). Os resultados mostraram que 64% dos indivíduos com TCAP que buscaram tratamento para perda de peso, o fizeram por motivo de saúde e 36% por motivo de aparência. Os que procuraram o tratamento pelo último motivo apresentavam IMC mais baixo, maior insatisfação com o corpo, maior desordem alimentar e auto-estima mais baixa.

O estudo de Delinsk, Latner e Wilson (2006) avaliou a ocorrência de CA e seu impacto sobre os resultados de perda de peso em 136 mulheres e 25 homens participantes do Trevo Behavior Modification Program. Candidatos a participarem esperam de três a seis meses por uma vaga e são desligados automaticamente, caso não cumpram tarefas, ou não percam o peso esperado para cada etapa. O programa se realiza em grupos de no máximo 10 pessoas, uma hora semanalmente, e os seis primeiros meses são dedicados a um estudo intensivo de seus hábitos. Os resultados do estudo mostraram que perda de peso substancial em longo prazo ocorreu em indivíduos com e sem CA. A média de perda anual foi de 18,2 kg e 18,8 kg respectivamente.

Metanálise realizada por Blane e Rodman (2007) com 36 estudos que avaliaram resposta de perda de peso entre indivíduos com e sem TCAP, mostrou que pacientes sem o transtorno obtiveram maior perda de peso. A média foi de 10,5 Kg contra 1,3 para pacientes com TCAP.

Wildes e colaboradores (2010) avaliaram a presença de sintomas depressivos, ansiedade, desordem alimentar e perda de peso em 192 pacientes pediátricos com obesidade severa, em programa de emagrecimento, usando tratamento comportamental e tratamento usual, envolvendo a família em um período de 6, 12 e 18 meses.

Crianças com TCAP eram mais jovens, apresentaram mais depressão, ansiedade e desordens alimentares e auto-estima mais baixa que o restante da amostra. Ao final do acompanhamento, crianças com TCAP aumentaram em 2,6 % o seu peso, enquanto em crianças sem o transtorno diminuíram em média, 8,5%.

Quadro 1 - Estudos relacionando TCAP, CA e Obesidade

Autores	Amostra	Objetivo do estudo	Resultados
Goodrick, Walker, Poston (1998)	219 mulheres com sobrepeso e CA	Avaliação efeito da dieta no tratamento de sobrepeso e CA	Diminuição na pontuação da BES. Não houve sucesso na perda de peso em curto ou longo prazo
Levine, Marcus, Moulton (1996)	44 mulheres com TCAP	Avaliação da pratica de exercícios físicos sobre frequência de CA e sintomatologia depressiva em 6 meses	Pós-tratamento: 81% abstinentes de CA. Perda de peso e redução da Sintomatologia depressiva inexpressivas

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Fairburn e colaboradores (1998)	52 mulheres com TCAP, 104 sem TCAP, 102 BN e 102 outras desordens psiquiátricas	Avaliação de fatores de risco para TCAP	História de obesidade na infância, exposição a comentários negativos sobre forma, peso e alimentação são fatores de risco para TCAP
Sherwood, Jeffery, Wind (1999)	444 mulheres participantes de tratamento para a obesidade.	Examinar características psicológicas e comportamentais associadas a CA e prognóstico de perda de peso em curto e longo prazo	CA fortemente associada à história de dieta, efeito sanfona, sintomas depressivos, maior propensão a abandono do tratamento e maior dificuldade de perda de peso
Peterson, e colaboradores (2000)	50 mulheres com TCAP	Identificar preditores de prognóstico em trat. de 8 semanas seguindo manual de TCC.	Frequência basal de auto-relatos de CA no início do tratamento foram preditores dos mesmos ao final
Nauta e colaboradores (2000)	37 pacientes com TCAP e 37 sem TCAP em trat. de grupo de 15 semanas	Avaliar efetividade da T. Cognitiva e da T. Comportamental em comedores compulsivos e não compulsivos	T. Cognitiva foi mais efetiva em reduzir CA, sintomas relacionados à forma, peso, alimentação, restrição e melhora na auto-estima. T. comportamental foi mais efetiva em reduzir peso, mas houve ganho em 6 meses.
Telch, Agras, Linehan (2001)	44 mulheres com TCAP	Avaliação da eficácia da Terapia Comportamental Dialética	89% das pessoas ao final do tratamento cessaram os episódios de CA Em follow-up de 6 meses 56% continuaram abstinentes.
Devlin, (2001)	Estudo de caso	Desafios enfrentados por obesos com TCAP	A sustentação do peso perdido é dificilmente realizada, mas planejamento de longo prazo e promoção da auto-aceitação podem desencadear mudanças de estilo de vida e melhora na saúde física e psicológica.
Wifley e colaboradores (2000)	162 Pacientes com sobrepeso e TCAP em 20 sessões grupo	Comparar resultados obtidos pelas terapias Cognitivo-comportamental e Interpessoal.	A redução do num. de episódios de CA. Comportamentos de restrição e sintomas alimentares e psiquiátricos foram equivalentes no pós-tratamento e após 1 ano
Matos, colaboradores (2002)	50 pacientes com BMI entre 40 e 81,7 Kg/m ² entre 18 e 56 anos	Avaliar freq. de TCAP, episódios de CA, ansiedade, depressão e distúrbio Na imagem corporal em pacientes com obesidade grau III que buscam tratamento	Frequência de TCAP: 36% CA periódica: 54% Sintomas depressivos: 100% Sintomas depressivos graves: 84% Ansiedade traço: 70%, ansiedade estado: 54% Preocupação com imagem corporal: 76%
Decaluwé, Braet, Fairburn (2003)	126 crianças e adolescentes buscam tratamento	Prevalência de TCAP	36,5% apresentam episódios de CA, 6% dois ou mais episódios por semana Pacientes com TCAP apresentaram

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

	para obesidade		auto-estima mais baixa e mais desordem alimentar.
Siqueira, Appolinário, Sichieri (2004)	2858 consumidores de shopping centers praticantes de programa de prevenção de sobrepeso	Sobrepeso, obesidade e TCAP em amostra não clínica em 5 cidades brasileiras.	Forte correlação entre episódios de CA e sobrepeso e obesidade. Indivíduos com peso normal: 1,4 % homens; 3,9% mulheres. Com sobrepeso e obesidade: 6,5% homens; 5,5% mulheres
Reas, Masheb, Grilo, (2004)	248 pacientes TCAP buscando tratamento para perda de peso	Motivo da busca: Saúde ou aparência	64% por motivo de saúde, 36% por motivo de aparência apresentavam IMC menor, mas mais insatisfação com o corpo, desordem alimentar e baixa auto-estima
Blaine, Rodman (2007)	Metanálise de 36 trabalhos que investigaram resultados de perda de peso	Resposta de perda de peso em indivíduos com TCAP e sem TCAP	Pacientes sem TCAP obtiveram maior perda de peso: TCAP: 1,3 Kg. Sem TCAP: 10,5 Kg.
Colles, Dixon, O'Brien (2008)	180 candidatos à cirurgia bariátrica; 93 participantes Grupos de emagrecimento e 158 da comunidade	Quais características do TCAP estão mais associadas aos distúrbios psíquicos	A perda do controle sobre o comportamento (impulso irrefreável para comer) está mais estreitamente relacionada com marcadores de aflição psicológica, em especial, de depressão.
Delinsky, Latner, Wilson (2006)	136 mulheres e 25 homens do "Trevo Programa de modificação do comportamento"	Avaliar a ocorrência de CA e seu impacto sobre os resultados de perda de peso.	41% da amostra apresentou episódios de CA no início do tratamento e não tiveram menores perdas de peso: perda anual foi de 18,2 kg. Perda de peso significativa em longo prazo em ambos os grupos.
Wildes, colaboradores (2010)	192 Pacientes pediátricos com obesidade grave em programa de emagrecimento (6, 12 e 18 meses)	Presença de sintomas de depressão, ansiedade, desordem alimentar e perda de peso, comparando-se tratam. Comportamental e usual envolvendo a família	11,5 % da amostra apresentaram CA. Crianças com TCAP: apresentou mais depressão, ansiedade, desordem alimentar, baixa auto-estima e aumento de 2,6% do peso. Crianças sem TCAP: perda de 8,5% de peso

A duração, a intensidade e o grau de intervenção influenciam também na adesão de pacientes ao tratamento e conseqüentemente, na perda de peso, de acordo com metanálise de Rotter e Hall (1998).

Tratamento comportamental combinado ao contato pós-tratamento com o terapeuta, segundo estudo de Wadden e Foster (2000), favoreceu a perda de peso em longo prazo, quando comparado com tratamento comportamental de 18 semanas.

O estudo de Latner e Stunkard (2000) também demonstra que a manutenção da perda de peso adquirida parece ser mantida apenas com a continuidade do tratamento.

Embora o impacto sobre a perda de peso, tenha sido muito limitado, os estudos que avaliaram resultados das abordagens terapêuticas demonstram impacto positivo em outros aspectos: melhora na auto-estima, redução na ansiedade relacionada à aparência, diminuição na frequência de episódios de CA e diminuição de sintomas psiquiátricos e alimentares. A maioria dos estudos com enfoque psicoterapêutico também se limita a períodos de curto prazo, ou não incluem aspectos dietéticos, e isso pode contribuir para os insucessos (Duchesne, 2006).

A tendência das abordagens terapêuticas atuais tem seguido, cada vez mais, uma proposta de atenção integrada, em que o controle do peso, a melhora dos diversos sintomas psiquiátricos, a compreensão de aspectos psicológicos e fatores familiares e socioculturais são devidamente valorizados.

CONCLUSÃO

A magnitude do problema que a obesidade representa e os altos custos que ela implica em níveis pessoal, familiar, social e governamental e têm mobilizado muitos investimentos.

Os resultados obtidos em programas de emagrecimento, no entanto, tem sido inexpressivos.

Os estudos revelam uma alta prevalência de CA e TCAP na população obesa e que o seu diagnóstico e adequado manejo clínico podem interferir favoravelmente no tratamento, aliviando o sofrimento relativo ao problema e às alterações psicológicas e psiquiátricas associadas.

A perda de peso, no entanto não tem sido verificada na grande maioria das pesquisas publicadas.

Estudos de longo prazo realizados com grupos de obesos sem CA e TCAP por sua vez, contrariam esse resultado e sugerem uma linha de pesquisa e tratamento a ser adotada e mais investigada, sugerindo também que a mudança é possível, mas enfrenta obstáculos e nem sempre pode ser abreviada.

REFERÊNCIAS

- 1-Ades, L.; Kerbauy, R.R. Obesidade: realidades e Indagações. Psicologia USP. São Paulo. Vol. 13. Num. 1. 2002.
- 2-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington. 1994.
- 3-Appolinário, J.C.; Cordás, T.A.; Claudino, A.M. Transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. Vol. 24. Suplemento III. 2002. p. 1-2.
- 4-Azevedo, A.P.; Santos, C.C.; Fonseca, D.C. Transtorno da compulsão Alimentar Periódica. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. Vol. 31. Num. 4. 2004.
- 5-Blaine, B.; Rodman, J. Responses to Weight Loss treatment Among Obese Individuals With and Without BED: a Matched-study Meta-analysis. Eating Weight Disorder. Vol. 12. Num. 2. 2007. p. 54-60.
- 6-Borges, M.B.F.; Jorge, M.R. Evolução Histórica do Conceito de Compulsão Alimentar. Psiquiatria na Prática Médica. São Paulo. Vol. 33. Num. 4. 2000. p. 20-26.
- 7-Claudino, A.M.; Borges, M.B.F. Critérios Diagnósticos para os Transtornos Alimentares: Conceitos em Evolução. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. Vol. 24. Suplemento III. 2002. p. 231-36.
- 8-Colles, S.L.; Dixon, J.B.; O'Brien, P.E. Loss of Control is Central to Psychological Disturbance Associated With Binge Eating Disorder. Obesity. Vol. 16. Num. 3. 2008. p.608-14.
- 9-Decaluwé, V.; Braet, C.; Fairburn, C.G. Binge Eating in Obese Children and Adolescents. International Journal Eating Disorder. Vol. 33. Num. 1. 2003. p. 78-84.
- 10-Delinsky, S.S.; Latner, J.D.; Wilson, G.T. Binge Eating and Weight Loss in a Self-help Behavior modification Program. Obesity. Silver Spring. Vol. 14. Num.7. 2006. p. 1244-9.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

- 11-Devlin, M.J. Binge Eating Disorder and Obesity: a Combined Treatment Approach. *Psychiatry Clinics of North America*. Vol. 24. 2001. p. 325-35.
- 12-Dobrow, I.J.; Kamenetz, C.; Devlin, M.J. Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 24. Suplemento III. 2002. p. 287-91.
- 13-Duchesne, M. Psicoterapia Cognitivo-comportamental dos Transtornos Alimentares. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2006.
- 14-Fairburn, C.G.; Doll, H.A.; Welch, S.L.; Hay, P.J.; O'Connor, M. E. Risk Factors for Binge Eating Disorder: a Community-based, Case-control Study. *Archives General Psychiatry*. Vol. 55. 1998. p. 425-32.
- 15-First, M.B.; Frances, A.; Pincus, H.A. Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-IV-R. Porto Alegre. Artmed. 2004
- 16-Freedman, D.H. Como Solucionar a Crise da Obesidade. *Scientific American*. Num. 106. 2011. P. 28-35.
- 17-Freitas, S.R. Curso e Prognóstico dos Transtornos Alimentares. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2006. p.105-15.
- 18-Galvão, A.L.; Pinheiro, A.P.; Nunes, M.A. Psicoterapia dos Transtornos Alimentares. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2006.
- 19-Galvão, A.L.; Pinheiro, A.P.; Somenzi, L. Etiologia dos Transtornos Alimentares. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre. Artmed. 2006. p. 59-71.
- 20-Goodrick, G.K.; Poston, W.S.; Kimball, K.T.; Reeves, R.S, Foreyt, J. P. Nondietering versus dieting treatment for overweight Binge-eating Women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. Vol. 66. 1998. p. 363-8
- 21-Goldfein, J.A.; e colaboradores. Eating Behavior im Binge Eating Disorder. *International Eating Disorder* . Vol. 14. 1993. p. 427-31.
- 22-Hay, P.J. Epidemiologia dos Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 24. Suplemento III. 2002. p. 237-40.
- 23-Latner, J.D.; Stunkard, A.J. Effective Long-term treatment of obesity: a Continuing Care Model. *International Journal of Obesity*. Vol.24. Num. 7. 2000. p. 893-8.
- 24-Levine, M.D.; Marcus, M.D; Moulton, P. Exercise in the Treatment of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 19. 1996. p. 171-7.
- 25-Mancini, M.C. Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. Vol. 45. Num. 6. 2001.
- 26-Marcus, M.D.; Wing, R.R.; Fairburn, C.G. Cognitive Treatment of Binge Eating Vs (Behavior Weight Control in the Treatment of Binge Eating Disorder. *Annals of Behavior Medicine*. Vol. 17. 1995.
- 27-Matos, M.I.R.; Aranha, L.S.; Faria, A.N.; Ferreira, S.R.G.; Bacaktchuck, J.; Zanella, M.T. Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression e Body Image in Grade III Obesity Patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 24. Núm. 4. 2002.
- 28-Nauta, H.; Hospers, H.; Kok, G.; Jansen, A. A comparison between a Cognitive and Behavior Treatment for Obese Binge-eaters and Obese non-binge Eaters. *Behavior Therapy*. Vol 31. 2000. p. 441-61.
- 29-Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre. Artmed. 1993.
- 30-Petribu, K.; Sá, E.R.; Oliveira, F.M.F.; Braz, I.A.; Gomes, I.M.G.; Araújo, D.E.; Almeida, N.C. N.; Albuquerque, P.C.; Ferreira, M. T.C.A.P. em uma População de obesos mórbidos candidatos à Cirurgia Bariátrica do Hospital Oswaldo Cruz em Recife, PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. Vol. 50. Num. 5. 2006.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

31-Petterson, C.B.; Corvo, S.J.; Nugent, S.; Mitchell, J.E.; Engbloom, S.; Mussell, M.P. Predictors of Treatment Outcome for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorder*. Num. 28. 2000. p. 131-8.

32-Reas, D.L.; Masheb, R.M.; Grilo, C.M. Appearance Vs Health Reasons for Seeking Treatment among Obese Patients With Binge Eating Disorder. *Obes Res*. Vol. 12. Num. 5. 2004. p. 758-60.

33-Rotter, D.L.; Hall, J.A. Effectiveness of interventions to improve Patient Compliance: a meta-analysis. *Med Care*. Vol. 36. 1998. p. 1138-61.

34-Segal, A; Fandiño, J. Indicações e Contra-indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.24. Supl.III. 2002. P. 68-72.

35-Sherwood, N.E.; Jeffery, R.W.; Wing, R.R. Binge Status as a Predictor of Weight Loss Treatment Outcome. *International Journal of Obesity*. Vol. 23. Num. 5. 1999. p. 485-93.

36-Siqueira, K.S.; Appolinário, J.C.; Sichieri, R. Overweight, Obesity and Binge Eating Disorder in a non-clinical Sample of five Brazilian Cities. *Obesity Research*. Vol. 12. 2004. p.1921-4.

37-Spitzer, R.L.; Devlin, M.; Walsh, B.T.; Hasin, D.; Wing, R.; Marcus, M. Binge Eating Disorder: a Multisite Field Trial of Diagnostic Criteria. *International Journal Eating Disorder*. Vol. 11. 1992. p. 191-203.

38-Spitzer, R.L.; e colaboradores. Binge Eating Disorder: its further Validation in a multisite Study. *International Journal of Eating Disorder*. Vol. 3. 1993. p. 137-53.

39-Telch, C. F.; Agras, W.S.; Linehan, M.M. Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. Vol. 69. Num.6. 2001. p. 1061-65.

40-Wadden, T.A.; Foster, G.D. Behavioral Treatment of Obesity. *Medicine Clinic of North America*. 2000. Vol. 84. Num. 2. p. 444-61.

41-Wifley, D.E.; Schwartz, M.B.; Spurrell, E.B.; Fairburn, C.G. Using the Eating Disorder Examination to Identify the Specific Psychopathology of Binge Eating Disorder. *International Journal Eating Disorder*. Vol.27. 2000. p. 259-69.

42-Wildes, J.E.; Marcus, M.D.; Kalarchian, M.A.; Levine, M.D.; Houck, P.R.; Cheng, Y. Self reported Binge Eating in Severe Pediatric Obesity: Impact on Weight Change in a Randomized Controlled Trial of family-based Treatment. *International Journal Obesity*. Vol. 34. Num. 7. 2010. p.1143-8.

Recebido para publicação em 03/09/2011
Aceito em 17/09/2011