

MANEJO NUTRICIONAL DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA OBESIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Renata Peter Miranda¹

RESUMO

Introdução: a carga psicológica envolvendo o preconceito e discriminação que o obeso sofre, gera insegurança, sensação de isolamento, fracasso, humilhação que podem desencadear um transtorno alimentar. Objetivo: realizar um levantamento da literatura científica acerca do manejo nutricional de transtornos alimentares na obesidade. Materiais e Métodos: foi realizado um levantamento da literatura científica relacionada ao tema em periódicos indexados no Portal de Periódicos da Capes e na Biblioteca Virtual em Saúde nos últimos 10 anos. Resultados: a abordagem nutricional do paciente obeso com transtorno alimentar deve ser diferenciada do tratamento convencional, de forma a tratar das duas doenças. Discussão: o tratamento nutricional deve ter como principal objetivo reverter as alterações do estado nutricional provocadas pela compulsão alimentar e promover hábitos alimentares mais saudáveis, porém alguns estudos preconizam a dieta de baixa densidade calórica para perda de peso para melhorar a auto-estima dos pacientes a fim de reduzir os episódios de compulsão. Conclusão: são necessários mais estudos sobre o manejo nutricional de transtornos alimentares na obesidade.

Palavras-chave: obesidade, transtornos alimentares, manejo nutricional, compulsão alimentar.

ABSTRACT

Nutritional management of eating disorders in obesity

Introduction: the psychological burden involving prejudice and discrimination that obese suffers, causes insecurity, feelings of isolation, failure, humiliation that can trigger an eating disorder. Objective: To conduct a survey of the scientific literature about the nutritional management of eating disorders in obesity. Materials and Methods: a survey of the scientific literature related to the topic in journals indexed in the Journal Portal Capes and Virtual Health Library for the past 10 years. Results: The nutritional approach for obese patients with eating disorders should be differentiated from conventional treatment in order to treat the two diseases. Discussion: nutritional treatment should be directed to reverse the changes in nutritional status caused by binge eating and promote healthier eating habits, but few studies recommended the diet low in calorie density for weight loss to improve the self-esteem of patients reduce the binge. Conclusion: Further studies are required on the nutritional management of eating disorders in obesity.

Key words: obesity, eating disorders, nutritional management, binge eating.

E-mail:
renatapetermiranda@gmail.com

Endereço para correspondência:
Rua Maracá, 281 – apto 17 – Condomínio Casa Grande.
Vila Guarani – São Paulo – São Paulo.
CEP: 04313-210.

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

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não-transmissível caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo (Coutinho, 2002). É definida como uma doença multifatorial onde o excesso de tecido adiposo prejudica a saúde física e psicológica e a expectativa de vida é reduzida.

A qualidade da alimentação é fundamental para a saúde. Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, determinantes do perfil nutricional, são fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade (Vinholes, 2009).

A carga psicológica envolvendo o preconceito e discriminação que o obeso sofre, gera insegurança, sensação de isolamento, fracasso, humilhação que podem desencadear um transtorno alimentar (Stunkard e Wadden, 1992).

A obesidade e os transtornos alimentares são considerados problemas com causas diferentes. Entretanto, vários estudos identificam comportamentos não saudáveis para controle do peso induzidos por uma experiência corporal negativa como antecedente comum tanto da obesidade como dos transtornos alimentares (Riva, 2011).

Em programas de redução de peso a prevalência do transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) varia de 20 a 50% entre os obesos participantes (Spitzer e colaboradores, 1993; Yanovski, e colaboradores, 1993).

A abordagem terapêutica do paciente obeso deve envolver sempre um plano de reeducação alimentar, atividade física e farmacoterapia, mas a abordagem para o paciente obeso com transtorno alimentar tem que ser diferenciada de forma a tratar as duas doenças.

Portanto, objetivo geral deste estudo foi realizar uma revisão da literatura científica acerca do manejo nutricional de transtornos alimentares na obesidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caráter exploratório, baseado em artigos científicos, dissertações e teses. A pesquisa foi feita nas bases de dados Lilacs (Latin American and Caribbean Centre on Health Sciences Information), Scielo (Scientific Electronic

Library Online), ScienceDirect e Pubmed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) acessadas a partir do Portal de Periódicos da Capes e da Biblioteca Virtual em Saúde.

Os critérios de inclusão na pesquisa dos artigos científicos foram: artigos relacionados ao tema publicados nos últimos 10 anos (do ano 2002 ao ano 2012), nos idiomas inglês, espanhol e português.

Dentre os artigos encontrados, foram selecionados somente os que tratavam especificamente da obesidade e transtornos alimentares, exceto artigos de revisão.

Foram encontrados no total 232 artigos que correspondessem aos critérios de inclusão, dos quais 34 artigos foram encontrados na base de dados ScienceDirect, 176 foram da base de dados da Pubmed, 22 foram da base de dados da Scielo, 34 foram da base de dados da Lilacs.

Após a leitura dos resumos dos artigos, aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos, restando 21 estudos. Os incluídos foram analisados conforme o ano de publicação, objetivos, métodos, resultados e recomendações dos autores.

Características dos estudos

Dos trabalhos avaliados dois tratavam de métodos de investigação e triagem de transtornos alimentares (Freitas e colaboradores, 2002; Borges, 2005), dois tratavam do desenvolvimento e prevalência da compulsão alimentar (Grando, 2005; Ciorlin e Nozali, 2009), dois tratavam do tipo de dieta utilizada no tratamento (Masheb, Grilo, Rolls, 2011; Bischoff e colaboradores, 2012), três tratavam do tratamento de transtornos alimentares no âmbito da cirurgia bariátrica (Petribu e colaboradores, 2006; Pedrosa e colaboradores, 2009; Garcia e colaboradores, 2012), três tratavam do impacto da obesidade na qualidade de vida (Brilmann, Silva e Oliviera, 2007; Kim e colaboradores, 2007; Ranzenhofer e colaboradores, 2012) e nove tratavam do tipo de tratamento psicológico associado à dieta (Cordas e Ascecio, 2006; Duchene e colaboradores, 2007; Cruzado, 2009; Tomaz e Zanini, 2009; Peterson e colaboradores, 2010; Barnes Masheb, Grilo, 2011; Grilo e colaboradores, 2011; Munro e

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

colaboradores, 2011; Vertuyf e colaboradores, 2011).

Quadro 1 - Estudos analisados de acordo com o ano de publicação, o objetivo, o método e os principais resultados.

Autor/ data	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados
Freitas e colaboradores (2002)	Traduzir, adaptar e avaliar a aplicabilidade da versão do teste ECAP (escala de compulsão alimentar periódica) para português	Obtenção da versão em português e teste em 32 pacientes obesos com transtorno compulsivo alimentar periódico que procuraram tratamento para emagrecer	Compreenderam ECAP – média de pontuação de 31,2 (\pm 5,8).
Borges e colaboradores (2005)	Validar a versão português do questionário sobre padrões de alimentação e peso-revisado (QEWP-R)	89 Mulheres em busca de tratamento para transtorno alimentar ou obesidade responderam o questionário e foram entrevistadas para comparação.	Instrumento útil na detecção de possíveis casos de compulsão alimentar como escala de rastreamento.
Grando e Rolim (2005)	Contextualizar a representação da família e sua influência na Gênese e desenvolvimento do transtorno alimentar.	Estudo qualitativo de caráter descritivo.	A família é o grupo social primário. A falta de limites significa a falta de autonomia e as relações familiares problemáticas são de evitação de conflito.
Cordas e Ascecio (2006)	Discutir o tratamento comportamental da obesidade	Análise dos 3 componentes da imagem corporal: percepção, pensamento-afeto, comportamento.	O foco do programa de perda de peso para obesos deve ser uma mudança lenta e gradual para ser efetiva.
Petribu e colaboradores (2006)	Analisar a frequência da compulsão alimentar e dos principais transtornos associados à obesidade mórbida em indivíduos à espera da cirurgia bariátrica.	Entrevista, perfil sociodemográfico, escala SF-36 sobre qualidade de vida e presença de TCAP.	47,8% tinham transtorno de ansiedade generalizado; 29,9% tinham depressão atual; 34,3% tinham depressão no passado; 56,7% tinham TCAP e baixa pontuação no questionário sobre qualidade de vida.
Brilmann, Silva e Oliviera (2007)	Investigar a qualidade de vida em pacientes com excesso de peso e obesidade mórbida.	Ficha de dados sociodemográficos, escala de compulsão alimentar periódica, questionários sobre qualidade de vida SF-36 e Orwell 97.	13,7% tinha compulsão alimentar moderada e 35,6% tinha compulsão alimentar grave. Houve associação significativa entre IMC e aspectos físicos, capacidade funcional e dor.

Duchene e colaboradores (2007)	Avaliar a efetividade da terapia cognitivo-comportamental baseada em um manual adaptado para o formato de grupo em uma amostra de obesos com TCAP.	21 pacientes obesos com TCAP fizeram terapia cognitivo-comportamental em grupo.	Diminuição da frequência de compulsão alimentar ($p < 0,001$), taxa de remissão de 76,1%; diminuição dos sintomas depressivos e menor insatisfação corporal ($p < 0,001$).
Kim e colaboradores (2007)	Avaliar se os pacientes que buscam tratamento para obesidade apresentam níveis de depressão, insatisfação corporal, transtorno alimentar e qualidade de vida.	Divisão das pacientes em 3 grupos: Grupo 1, mulheres obesas ou com sobrepeso; grupo 2, mulheres eutróficas; grupo 3, mulheres que nunca tentaram perder peso.	Grupo 1 revelou ser mais frequente em depressão, transtornos alimentares e menor qualidade de vida.
Cruzado (2009)	Auxiliar na dificuldade no controle de impulsos e nos processos de mentalização.	Tratamento com grupo de adultos em estágio de manutenção utilizando fotos e perguntas feitas pelo moderador.	Estratégia multidimensional da problemática que favoreceu e dinamizou a discussão do grupo.
Ciorlin e Nozake (2009)	Identificar a prevalência de compulsão alimentar periódica e alteração da imagem corporal em adolescentes.	Questionário sobre hábito alimentar, autorretrato (Imagem corporal), avaliação antropométrica (peso, estatura, IMC).	Adolescentes do sexo feminino que tem sobrepeso e obesidade tem maior tendência a desenvolver compulsão alimentar (30,77%) e distorção da imagem corporal (39,18%) quando comparado à eutróficas (20% e 20%)
Pedrosa e colaboradores (2009)	Determinar perfil clínico-nutricional de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica.	205 pacientes - perfil bioquímico e comorbidades.	O procedimento cirúrgico foi eficaz para promover perda ponderal e sua manutenção por 2 anos, assim como a melhora de parâmetros bioquímicos e comorbidades, com sintomas clínico-nutricionais reduzidos e/ou evitados por monitorização nutricional.
Tomaz e Zanini (2009)	Avaliar o uso diferencial de coping e traço de personalidade em pacientes com transtorno alimentar.	Escala de traços da personalidade, Coping Response Inventory e Escala de Atitudes Alimentares (EAT).	Pacientes com alto índice de neuroticismo e m descarga emocional ao enfrentar seus problemas possuem mais atitudes alimentares inadequadas refletidas pelo EAT ($R = 0,291$; $P = 0,011$)

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

Peterson e colaboradores (2010)	Examinar diferenças e dimensões da personalidade entre indivíduos com bulimia nervosa, compulsão alimentar, obesidade sem TCAP e eutrofia.	Questionário multidimensional da personalidade.	Maior nível de estresse na bulimia nervosa e maior comportamento de evitação e compulsão alimentar.
Barnes, Masheb e Grilo (2011)	Comparar supressão de pensamentos sobre alimentos em pacientes obesos com compulsão alimentar.	Comparação de gênero, idade, IMC, pareado com um grupo controle de obesos sem compulsão alimentar.	Em mulheres com compulsão alimentar níveis elevados de supressão de pensamentos sobre alimentos foram associados a uma menor frequência de episódios de compulsão.
Grilo e colaboradores (2011)	Comparar a terapia cognitiva-comportamental (CBT), perda de peso comportamental (BWL) e sequenciar o tratamento de CBT e depois BWL.	125 Pacientes divididos em grupos e avaliações após 6 e 12 meses.	CBT foi superior a BWL para diminuir a compulsão alimentar em 12 meses. Mas BWL foi a que teve maior perda de peso. BWL é um tratamento alternativo para CBT em compulsão alimentar.
Masheb, Grilo e Rolls (2011)	Estudar a estratégia dietética da dieta de baixa densidade calórica para produzir perda de peso em pacientes obesos com compulsão alimentar submetidos à terapia cognitiva-comportamental	Oferecer terapia cognitiva-comportamental e separar os pacientes em 2 grupos: um com dieta restritiva e outro com aconselhamento nutricional geral.	A dieta restritiva em calorías otimizou a terapia cognitiva-comportamental e promoveu perda de peso.
Munro e colaboradores (2011)	Investigar se o uso de traços da personalidade podem ser usados para escolher o tipo de programa de perda de peso a fim de maximizar a perda de peso.	Escala Tangney Self control scale para definir traços da personalidade. Divisão em dois grupos: um grupo com dieta de alimentos saudáveis e de perda de peso lenta por 12 semanas e outro grupo de dieta de baixa caloria por 4 semanas.	Usar traços de personalidade tem potencial, pois o fator neuroticismo foi associado com a perda de peso (perda de > 5%)
Bischoff e colaboradores (2012)	Determinar a efetividade de um programa de tratamento de obesidade multidisciplinar não-cirúrgico.	Dieta baixa-caloria por 12 semanas; educação nutricional; atividade física. Verificou perda de peso, qualidade de vida, circunferência da cintura de 8286 pacientes.	Tratamento foi efetivo, provocou perda de peso, diminuição da circunferência da cintura e melhora das comorbidades.

Garcia e colaboradores (2012)	Validar e comparar o Eating Disorder examination questionnaire (EDE-Q) com o QEWP-R	27 pacientes responderam o EDE-Q e o QEWP-R. Foram separados em dois grupos: compulsivos e não compulsivos e comparados.	A compulsão alimentar é frequente e m pacientes de cirurgia bariátrica com psicopatologia severa. Os dois questionários foram acertivos para detectar a compulsão alimentar.
Ranzenhofer e colaboradores (2012)	Estudar a relação entre o comer compulsivo e o peso relacionado com a qualidade de vida.	Entrevista para investigar a presença de compulsão alimentar e questionário sobre qualidade de vida.	A compulsão alimentar traz prejuízo à qualidade de vida de adolescentes obesos, principalmente meninas em relação a atividades diárias, mobilidade, auto-estima e função social.
Vertuyf e colaboradores (2012)	Prover uma perspectiva motivacional sobre regulação alimentar	Teoria da auto-determinação	O papel da satisfação e recompensa como base para a autonomia, competência e relacionamento para explicar a etiologia das preocupações com a imagem corporal e distúrbios alimentares.

DISCUSSÃO

Métodos de investigação e triagem de transtornos alimentares

O termo compulsão alimentar se refere a episódios de comer em excesso caracterizados pelo consumo de grandes quantidades de comida em intervalos curtos de tempo, seguido por uma sensação de perda de controle sobre o que se está comendo.

De forma resumida, o diagnóstico de TCAP (Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico) se aplica aos indivíduos que apresentam episódios recorrentes, incontroláveis e perturbadores de compulsão alimentar (Appolinario, 2004).

Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004).

O teste mais utilizado para diagnóstico de transtorno é o Eating Attitudes Test (EAT)

(Bighetti, 2003). Os testes de padrões de alimentação e peso revisado (QEWP-R), a escala de compulsão alimentar periódica foram também traduzidos e podem ser utilizados como primeiro passo da identificação do transtorno (Freitas e colaboradores, 2002; Borges e colaboradores, 2005).

Desenvolvimento e prevalência da compulsão alimentar

Os mecanismos que influenciam o comportamento alimentar na obesidade e impedem a perda de peso em dietas restritivas são as vias de oxidação para utilização da energia; mudanças repentinas na disponibilidade de glicose, variação de leptina, insulina e nutrientes na corrente sanguínea; bem como a compreensão dos mecanismos biopsicossociais da obesidade (Bludell e Gillett, 2001).

Fatores socioculturais incluem a obsessão pelo corpo magro e perfeito que é reforçada no cotidiano da sociedade ocidental, em especial pela mídia. Um exemplo é a valorização de atrizes e modelos, geralmente abaixo do peso.

Dentre fatores familiares estão dificuldades de comunicação entre os membros da família e interações conflituosas.

Por fim, os fatores psicológicos são baixa auto-estima, rigidez no comportamento, distorções cognitivas, necessidade de manter controle completo sobre sua vida e falta de confiança que podem preceder o desenvolvimento do quadro clínico (AMBULIM, 2009; Grando e Rolim, 2005).

Dentre os fatores precipitantes na etiologia dos transtornos alimentares, a dieta para emagrecer é o fator mais frequente (Kirsten, Fratton, Porta, 2009). E os fatores socioculturais, que impõem um ideal de beleza associado ao culto às dietas com restrição de energia, relacionados com a insatisfação com a forma física, se destacam como os que exercem maior influência na etiogênese dos distúrbios alimentares. Isso ocorre porque o gênero feminino é quase sempre o mais vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos (Perini e colaboradores, 2009; Ciorlin e Nozaki, 2009).

Entre pacientes obesos com TCAP que procuram tratamento para emagrecer esse pré-conceito do valor emocional e social do peso corporal pode estar associado com o medo de engordar, depressão e baixa auto-estima (Durso e colaboradores, 2012). Quanto maior a ansiedade e monitoramento corporal, maior o índice de transtornos alimentares (Fitzsimmons-Craft e colaboradores, 2012).

Entre os desvios do padrão alimentar, na obesidade, além da compulsão alimentar, pode-se observar: o hábito de comer durante a noite, o hábito de beliscar e a compulsão por doces. O comer noturno está associado à compulsão alimentar (Stiegel-Moore e colaboradores, 2010).

Manejo nutricional

Uma vez que a comida é usada como fonte de prazer (Campos, 1998), as qualidades sensoriais dos alimentos desempenham papel na determinação do consumo do alimento- saciedade, ingestão e seleção do alimento. No tratamento dietético um nutricionista deve considerar tanto as motivações psicológicas como as implicações fisiológicas da dieta (Assis, Nahas, 1999).

O foco do manejo nutricional deve ser a diminuição da frequência dos episódios de compulsão e depois o emagrecimento (Borges, 2004).

O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina 3/4 ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato (Appolinario, 2004).

A associação medicamentosa à dietoterapia e psicoterapia é imprescindível para o sucesso do tratamento da obesidade (Vasques, Martins e Azevedo, 2004). O uso de sibutramina é questionado no Brasil quanto a eficácia e segurança, mas estudos mostram que a substância além de reduzir a ingestão alimentar, diminuir o peso corporal, tem impacto positivo no perfil lipídico, controle glicêmico e marcadores inflamatórios (Tziomaios, 2009).

A restrição alimentar é uma estratégia comportamental e cognitiva para o controle do peso corporal que pode desencadear a compulsão alimentar (McGuire e colaboradores, 2001) gerando o aumento do consumo de lipídios aumentando a fome e favorecendo o ganho de peso característico da obesidade (Bludell e Gillett, 2001).

Não fazer uma dieta restritiva é fundamental para evitar a compulsão alimentar, pois já está bem estabelecido atualmente o papel da restrição alimentar na ocorrência de pensamentos obsessivos sobre comida, que reforçam a necessidade inicial de controle. O estresse também é um dos fatores desencadeantes da compulsão alimentar, devido ao aumento da liberação de cortisol (Azevedo, Santos e Fonseca, 2004; Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002).

Os estudos de Masheb, Grilo e Rolls (2011) e Bischoff e colaboradores, (2012) preconizam a dieta de baixa densidade calórica para perda de peso para melhorar a auto-estima dos pacientes a fim de reduzir os episódios de compulsão.

O tratamento nutricional tem como principal objetivo reverter às alterações do estado nutricional provocadas pela compulsão alimentar e promover hábitos alimentares mais saudáveis.

Desta forma o paciente aprenderia a forma correta e saudável de perder peso, se alimentar bem, sem que haja inadequações de consumo, no caso, a ingestão excessiva e não saudável de alimentos. O diário alimentar é muito utilizado no tratamento nutricional da compulsão alimentar periódica, pois é neste local que o paciente registra os alimentos ingeridos, principalmente os alimentos dos episódios de compulsão. É importante anotar o sentimento do paciente no momento do episódio e se existia fome naquela hora. É um exercício que, aos poucos, gera controle e disciplina ao paciente (Latterza e colaboradores, 2004).

A adesão da dieta depende da percepção individual do paciente quanto aos benefícios de segui-la e abandonar o comportamento de risco (Brownell, Cohen, 1995).

Tratamento de transtornos alimentares no âmbito da cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica ou gastroplastia é apontada como uma opção eficaz para controlar a obesidade e comorbidades relacionadas (Costa e colaboradores, 2009). São indicados para fazer esse tipo de cirurgia aqueles com o IMC maior que 40 kg/m² ou com IMC superior a 35 kg/m² associado a alguma comorbidade, como apnéia do sono, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias (Segal e Fandino, 2002; Sjostrom e colaboradores, 2004).

Dentre os principais benefícios decorrentes desta cirurgia, pode-se salientar a perda e manutenção de peso a longo prazo, melhora das doenças associadas com consequente melhora na qualidade de vida (Pareja e Pilla, 2002; Oliveira Linardi e Azevedo, 2004; Pedrosa e colaboradores, 2009)

A escolha da técnica utilizada na cirurgia, se restritiva, disabsortiva ou mista, deve levar em consideração se o paciente foi diagnosticado com algum transtorno alimentar no acompanhamento pré-operatório a fim de proporcionar o tratamento adequado (Petribu e colaboradores, 2006).

Pacientes obesos que querem fazer a cirurgia e apresentam transtornos como a compulsão alimentar periódica, não deve ser impedido de operar, mas devem ser

identificados e tratados (Garcia e colaboradores, 2012).

Estes podem se beneficiar da técnica restritiva ou mista, já pacientes com transtornos de padrão alimentar de comedor de doces e beliscador podem se beneficiar de cirurgias de técnicas disabsortivas (Crespo e Ruiz, 2006).

Porém, pacientes que experimentam grandes perdas de peso podem desenvolver ansiedade e distorção da imagem corporal e devem continuar o acompanhamento de psicoterapia individual com enfoque cognitivo-comportamental para identificar transtornos alimentares pós-cirurgia (Crespo e Ruiz, 2006).

Impacto da obesidade na qualidade de vida

O transtorno é acompanhado por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Alguns autores afirmam que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controle) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). Há um consenso geral no aspecto subjetivo da compulsão para seu diagnóstico, contudo, há controvérsias em relação ao aspecto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão.

Esta incerteza é refletida numa definição imprecisa da grandeza de um episódio de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria e, além disso, seu critério de duração também é polêmico (Azevedo e colaboradores, 2004).

Obesos comedores compulsivos podem constituir uma subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis mais elevados de psicopatologia, especialmente a depressão e transtorno de personalidade, uma gravidade maior e início mais precoce da obesidade, um percentual maior de sua vida gasto com dietas e prejuízo no funcionamento social e ocupacional (Napolitano e colaboradores, 2001; Brilmann, Silva e Oliveira, 2007; Ranzenhofer e colaboradores, 2012).

O modelo psicossomático da obesidade refere a compulsão alimentar como mecanismo compensatório em situação de ansiedade, raiva, tristeza e depressão (Match, 1999; Match, Gerer, Ellgring, 2003).

O tratamento deve ter uma fase inicial de avaliação do paciente obesos em relação a tendência depressiva para associar ao tratamento psicológico e melhorar a qualidade de vida de pacientes obesos (Kim e colaboradores, 2007).

Tratamento psicológico associado à dieta

O tratamento do paciente obeso com transtornos alimentares deve contar não apenas com o nutricionista, mas sim com o apoio de uma equipe multidisciplinar, na qual o trabalho do médico, nutricionista, educador físico, psicólogo e outros profissionais de saúde se complementam.

Como exemplo disso é a associação do tratamento nutricional à psicanálise para auxiliar nos momentos de angústia que causam os excessos da compulsão alimentar (Seixas, 2009), bem como o trabalho de fonoaudiólogos na percepção de transtornos da oralidade que estão associados ao surgimento de transtornos alimentares (Palladino, Cunha e Souza, 2007).

Os transtornos alimentares estão associados a ocorrência de transtornos de ansiedade (Papebaum e colaboradores, 2005).

Comedores compulsivos obesos, frequentemente, preocupam-se com a forma e o peso corporal e em fazer dieta; possuem a imagem corporal negativa e fortes impulsos para comer em excesso. Apresentam baixa auto-estima, ansiedade e altos níveis de depressão e tem mais atitudes alimentares inadequadas (Kuehnel e Wadden, 1994; Telch e Agras, 1994; Tomaz e Zanini, 2009).

A utilização de estratégias como a fotolinguagem (Cruzado, 2009) para dinamizar o tratamento em grupo é usada para auxiliar na dificuldade no controle dos impulsos e nos processos de mentalização.

Sobre a terapia cognitiva comportamental, houve a diminuição da frequência de compulsão alimentar ($p < 0,001$), taxa de remissão de 76,1%; diminuição dos sintomas depressivos e menor insatisfação corporal ($p < 0,001$) (Duchenese e colaboradores, 2007; Grilo e colaboradores, 2011).

A teoria da auto-motivação explica o papel da satisfação e recompensa como base para a autonomia, competência e relacionamento para entender a etiologia das

preocupações com a imagem corporal e distúrbios alimentares; e compreender a regulação ideal de comportamento alimentar em curso para manutenção do peso saudável (Vertuyf e colaboradores, 2012).

Usar traços da personalidade tem potencial, pois o fator neuroticismo foi associado com a perda de peso (perda de > 5%) (Munro e colaboradores, 2011).

Em mulheres com compulsão alimentar níveis elevados de supressão de pensamentos sobre alimentos foram associados a uma menor frequência de episódios de compulsão (Barnes, Masheb e Grilo, 2011; Peterson e colaboradores, 2010).

Segundo Cordas, 2006, o tratamento deve ter 6 passos para uma mudança lenta e gradual, porém eficaz: 1. Alimentação saudável; 2. Hábito de exercício físico regular; 3. sair da atitude passiva; 4. definir seus objetivos e priorizá-los; 5. assumir postura de comprometimento e responsabilidade consigo mesmo e com seu tratamento; 6. mudança no estilo de vida.

CONCLUSÃO

A abordagem no manejo nutricional deve ser a diminuição da frequência dos episódios de compulsão e em seguida estratégias para favorecer o emagrecimento.

REFERÊNCIAS

- 1-AMBULIM - Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Transtornos Alimentares - Causas, 2009. Disponível em: http://www.ambulim.org.br/transtornos_causas.php. Acesso em: 06/04/2013.
- 2-Appolinario, J. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.26. Núm.2. 2004.
- 3-Assis, M. A.; Nahas, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr*. Vol.12. Núm. 1. 1999. p.33-41.

4-Azevedo, A. P.; Santos, C. C.; Fonseca, D. C. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Revista de Psiquiatria Clínica. Vol.31. Núm. 4. 2004. p.170-172.

5-Barnes, R. D.; Masheb, R.M.; Grilo, C.M. Food thought suppression: a matched comparison of obese individuals with and without binge eating disorder. EAT Behav. Vol. 12. Núm.4. 2011. p. 272-276.

6-Bighetti, F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. 2003.

7-Bischoff, S. C.; e colaboradores. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life - a prospective study. Int J Obes. Vol. 36. Núm.4. 2012. p. 614-624.

8-Blubell, J. E.; Gillett, A. Control of food intake in the obese. Obes Res. Vol.9. Núm.4. 2001. p. 263S-70S.

9-Borges, M. B. F.; e colaboradores. Validação da versão em português do questionário sobre padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR) para o rastreamento do transtorno da compulsão alimentar periódica. Rev. Bras Psiquiatr. Vol. 27. Núm. 4. 2005. p. 319-322.

10-Brilmann, M.; Silva, M. O.; Oliveira, V. T.. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. Cad. Saude. Colet. Vol. 15. Núm.1. 2007.

11-Brownell, K. D.; Cohen, L. R. Adherence to dietary regimens.2: components of effective interventions. Behav Med. Vol. 20. Núm.4. 1995. p. 155-164.

12-Campos, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: Nóbrega F. J. Distúrbios da nutrição. Revinter. 1998. p.394-395.

13-Ciorlin, N. M.; Nozaki, V. T. Compulsão alimentar periódica e distorção da imagem corporal em adolescentes. Rev. bras. nutr. clin. Vol. 24. Núm. 3. 2009. p. 189-195.

14-Cordas, T. A.; Ascecio, R. F. R. Tratamento comportamental da obesidade. Einstein. Vol.4. supl.1. 2006. s 44-s 48.

15-Costa, A. C. C.; Ivo, M. L.; Cantero, W. B.; Tognini, J. R. F. Obesity in candidates for bariatric surgery. Acta paul enferm, Vol.22. Núm.1. 2009. p. 55-59.

16-Coutinho, W. Obesidade: conceitos e classificação. In Segal, A. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002.

17-Crespo, M. L. R.; Ruiz, S. C. Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatório. Univ Med. Vol. 47. 2006. p. 157-176.

18-Cruzado, A. G. Experiência em grupos com distúrbios alimentares, usando a técnica de Foto-linguagem. Rev. SPAGESP. Vol. 10. Núm. 2. 2009. p. 04-10.

19-Duchenese, M.; e colaboradores. The use of manual driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge eating disorders. Rev Bras. Psiquiatr. Vol 29. Núm.1. 2007. p. 23-25.

20-Durso, L. E.; e colaboradores. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. Int Eat Disord. Vol. 45. Núm. 3. 2012. p. 423-427.

21-Fitzsimmons-Craft, E. E.; e colaboradores. Examining social physique anxiety and disordered eating in college women. The roles of social comparison and body surveillance. Appetite. Vol. 59. Núm.3. 2012. p. 796-805.

22-Freitas, S.; Lopes, C. S.; Coutinho, W.; Appolinaro, J. C. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol. 23. Núm.4. 2002.

23-Garcia, E. D.; e colaboradores. Diagnostic and psychopathologic evaluation of binge eating disorder in gastric bypass patients. Nutr Hosp. Vol. 27. Núm.2. 2012. p. 553-557.

24-Grando, L. H.; Rolim, M. A. Family and eating disorders: representations among nursing staff at a mental health university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Vol. 13. Núm.6. 2005. p. 989-995.

25-Grilo, C. M.; Masheb, R. M.; Wilson, G. T.; Gueorguieva, R.; White, M. A. Cognitive-behavioral therapy, behavioral therapy weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *J. Consult Clin Psychol*. Vol. 79. Núm.5. 2011. p. 675-685.

26-Kim, J. Y.; Oh, D. J.; Yoon, T. Y.; Choi, J. M.; Choe, B. K. The impacts os obesity on psychological well-being: a cross-sectional study about depressive mood and quality of life. *J Prev Med Public Health*. Vol. 40. Núm.2. 2007. p.191-195.

27-Kirsten, V. R.; Fratton, F.; Porta, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Revista de Nutrição*. Vol. 22. Núm. 2. 2009.

28-Kuenel, R. H.; Wadden, T. A. Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord*. Vol.15. Núm.4. 1994. p.321-29.

29-Latterza, A. R.; Dunker, K. L. L.; Scagliusi, F. B.; Kemen, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31. Núm. 4, 2004. p.173-176.

30-Masheb, R. M.; Grilo, C. M.; Rolls, B. J. A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognite-bahavioral therapy. *Behav Res There*. Vol. 49. Núm.12. 2011. p.821-829.

31-Match, M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*. Vol.33. 1999. p.129-39.

32-Match, M.; Gerer, J.; Ellgring, H. Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *Phys Behav*. Vol. 80. Núm. 2. 2003. p.367-74.

33-McGuire, M. T.; Jeffery, R. W.; French, S. A.; Hannan, P. J. The relationship between restraint and weight, and weight-related behaviors among individuals in a community weight-gain -prevention trial. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Vol. 25. Núm. 4. 2001. p.574-80.

34-Morgan, C. M.; Vecchiatti, I. R.; Negrão, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 24. Núm.3. 2002.

35-Munro, I. A.; Bore, M. R.; Munro, D.; Garg, M. L. Using personality as a predictor of diet induced weight-loss ang weight management. *Int J Behav Nutr Phys Act*. Vol. 23. 2011. p. 118-129.

36-Napolitano, M. A.; Head, S.; Babyak, M. A.; e colaboradores. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord*. Vol. 30. 2001. p. 193-203.

37-Oliveira, V. M.; Linardi, R. C.; Azevedo, A.P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev. Psiquiatr. Clín*. Vol.31. Núm. 4. 2004. p. 199-201.

38-Palladino, R. R. R.; Cunha, M. C.; Souza, L. A. P. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrência ou coincidências? *Pro Fono*, Vol. 19. 2007. p. 205-214.

39-Papebaum, M.; e colaboradores. Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Vol. 27. Núm. 2. 2005. p. 135-138.

40-Pareja, J. C.; Pilla, V. F. Mecanismos de funcionamento da restrição gástrica, da derivação gastrojejunal e das derivações intestinais e biliopancreáticas. *A.B.Cirurgia da Obesidade*. Atheneu. 2002.

41-Pedrosa, I. V.; Burgos, M. G. P. A.; Souza, N. C.; Moraes, C. N. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir*. Vol.36. Núm.4. 2009. p. 316-322.

- 42-Perini, T. A.; e colaboradores. Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 15. Núm. 1. 2009.
- 43-Peterson, C. B.; e colaboradores. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Compr Psychiatr*. Vol. 51. Núm.1. 2010. p. 31-36.
- 44-Petribu, K.; e colaboradores. Binge eating disorder in a population of morbid obese candidates to bariatric surgery at the Oswaldo Cruz University Hospital in Recife, PE. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. Vol. 50. Núm.5. 2006. p.901-908.
- 45-Ranzenhofer, L. M.; e colaboradores. Binge eating and weight-related quality of life in obese adolescents. *Nutrients*. Vol.4. Núm.3. 2012. p. 167-180.
- 46-Riva, G. The key to unlocking the virtual body: virtual reality is the treatment of obesity and eating disorders. *J Diabetes Sci Technol*. Vol.5. Núm.2. 2011. p.283-292.
- 47-Segal, A.; Fandino, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr*. Vol. 24. Supl.3. 2002. p.68-72.
- 48-Seixas, C. M. Comer, demandar e desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade. *Rio de Janeiro*. Núm. 5. 2009. p.117.
- 49-Sjostrom, L. L.; e colaboradores. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 yaers after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*. Vol. 351. Núm. 26. 2004.
- 50-Sptizer, R. L.; Yanovski, S.; Wadden, T.; Wing, R.; Marcus, M. D.; Stunkard, A. J.; e colaboradores. Binge eating disorder: A multisite field trial for the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. Vol.13. Núm.2. 1993. p. 137-53.
- 51-Striegel-Moore, R. H.; Rosselli, F.; Wilson, G. T.; Pevrin, N; Harvey, K.; DeBar, L. Nocturnal eating: association with binge eating, obesity and psychological distress. *Int J Eat Disord*. Vol. 43. Núm.6. 2010, p. 520-526.
- 52-Stunkard, A. J.; Wadden, T. A. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr*. Vol.55. Núm. 2. 1992. p. 524S-32S.
- 53-Telch, C. F.; Agras, W. S. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord*. Vol.15. Núm.1. 1994. p.53-61.
- 54-Tomaz, R.; Zanini, D. S. Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicol. Reflex. Crit*. Vol. 22. Núm.3. 2009. p. 447-454.
- 55-Tziomaios, K.; Krassas, G. E.; Tzotzas, T. The use of sibutramine in the management of obesity and related disorders: un update. *Vasc Health Risk Manag*. Vol. 5. Núm.1. 2009. p.441-452.
- 56-Vasques, F.; Martins, F. C.; Azevedo, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiquiatr. Clin*. Vol.31. Núm. 4. 2004. p. 195-198.
- 57-Vertuyf, J.; Patrick, H.; Vansteenkiste, M.; Teixeira, P. J. Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *Int. J. Behav Nutr Phys Act*, Vol. 2. 2012. p. 9-21.
- 58-Vinholes, D. B.; Assunção, M. C. F.; Neutzling, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 25. Núm. 4. 2009. p. 791-799.
- 59-Yanoviski, S. Z.; Nelson, J. E.; Dubbert, B. K.; Spitzer, R. L. Binge eating disorder is associated with psychiatric comorbidity in the obese. *Am J Psych*. Vol. 150. Núm. 10. 1993. p. 1472-1479.

Recebido para publicação em 21/05/2013
 Aceito em 10/07/2013