

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE NUTRIÇÃO

ALINE ALVES SCHMOLLER

**CONDUTA NUTRICIONAL APLICADA NO
TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)**

LAGES-SC
2019

CURSO DE NUTRIÇÃO

ALINE ALVES SCHMOLLER

**CONDUTA NUTRICIONAL APLICADA NO
TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Unifacvest, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Nádia Webber Dimer
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª M^a Andréia Valéria de Souza Miranda

LAGES-SC
2019

ALINE ALVES SCHMOLLER

**CONDUTA NUTRICIONAL APLICADA NO
TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário FACVEST – UNIFACVEST como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dr. Nádia Webber Dimer
Coorientador: Prof. Dr^a M^a Andréia Valéria de Souza Miranda

Lages, SC ____ / ____ /2019. Nota _____
(Assinatura do orientador do trabalho)

Nádia Webber Dimer
Coordenadora do Curso de Nutrição

LAGES-SC
2019

Dedico este trabalho de conclusão primeiramente a Deus e a mim, os familiares, ao meu companheiro e professores, os quais me deram todo apoio e orientação necessária para a realização do mesmo.

Não há nada que não se consiga com a força de vontade, a bondade e, principalmente, com o amor.

Marcus Tullius Cícero

CONDUTA NUTRICIONAL APLICADA NO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)

ALINE ALVES SCHMOLLER ¹

PROF^a. DRA. NÁDIA WEBBER DIMER ²

PROF. Dr^a M^a ANDRÉIA VALÉRIA DE SOUZA MIRANDA ³

RESUMO

Transtornos Alimentares (TA) tem como características graves perturbações do comportamento alimentar trazendo muitos prejuízos ao indivíduo. Nas últimas décadas a incidência de tais transtornos como o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico teve um grande aumento. O objetivo geral deste estudo foi identificar a etiologia do transtorno da compulsão alimentar periódica e a conduta nutricional adequada para esta patologia. Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura e artigos científicos publicados de acordo com a relevância do tema. Dos resultados obtidos, um dos fatores que está relacionado ao desenvolvimento do dos TA é o sociocultural, ou seja, os valores presentes na sociedade. Estatísticas apontam que 90% de indivíduos portadoras de TA grande parte são mulheres entre 14 e 18 anos de idade, nos dias atuais, cada vez mais essa idade vem decrescendo perigosamente para meninas menores de 12 anos. Conclui-se que no Brasil a estimativa é de que pelo menos 5% da população brasileira sofram de compulsão alimentar. Os TA são alvos de atenção dos profissionais de saúde, os mesmos estão associados a desenvolvimento de morbidades e mortalidades. O TCAP ainda é muito pouco estudado e por outro lado cada vez mais presente na procura de atendimentos clínicos, psicoterapêuticos e nutricional, sendo assim justifica-se a relevância tanto científica como social do estudo do tema proposto.

Palavras-chave: Conduta Nutricional. Transtornos Alimentares. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIFACVEST.

² Graduada em Nutrição pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Mestrado/ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul (UNESC).

³ Doutora em Educação. Enfermeira. Docente UNIFACVEST e co-orientadora do trabalho. E-mail: andreiavaleriamiranda@hotmail.com

NUTRITIONAL CONDUCT APPLIED IN PERIODIC FOOD COMPULSION DISORDER (TCAP)

ALINE ALVES SCHMOLLER ¹

PROF^a. DRA. NÁDIA WEBBER DIMER ²

PROF. DRA. M^a ANDRÉIA VALÉRIA DE SOUZA MIRANDA ³

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) have as severe characteristics disturbances of eating behavior causing many losses to the individual. In the last few decades the incidence of such disorders as Periodic Eating Compulsion Disorder has increased dramatically. The general objective of this study was to identify the etiology of binge eating disorder and the appropriate nutritional management for this pathology. A bibliographic review of the literature and scientific articles published was carried out according to the relevance of the topic. Of the results obtained, one of the factors that is related to the development of the TA is the socio-cultural, that is, the values present in society. Statistics indicate that 90% of individuals with ED are mostly women between 14 and 18 years old, nowadays, this age has been decreasing dangerously for girls under 12 years old. It is concluded that in Brazil the estimate is that at least 5% of the Brazilian population suffer from binge eating. AT are targets of health professionals' attention, they are associated with the development of morbidities and mortality. The TCAP is still very little studied and, on the other hand, it is increasingly present in the search for clinical, psychotherapeutic and nutritional care, thus justifying the scientific and social relevance of the study of the proposed theme.

Key words: Nutritional Conduct. Eating Disorders. Periodic Eating Binge Disorder.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIFACVEST.

² Graduada em Nutrição pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Mestrado/ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul (UNESC).

³ Doutora em Educação. Enfermeira. Docente UNIFACVEST e co-orientadora do trabalho. E-mail: andreiavaleriamiranda@hotmail.com

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.2 OBJETIVOS.....	09
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	09
1.3 JUSTIFICATIVA.....	10
1.4 HIPÓTESES.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 TCAP: PREVALÊNCIA POPULACIONAL	11
2.2 ETIOPATOGENIA DO TCAP.....	12
2.3 COMPULSÃO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	13
2.4 CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO.....	14
2.5 CONDUTA PSICOLÓGICA.....	15
2.6 CONDUTA FARMACOLÓGICA.....	16
2.7 CONDUTA NUTRICIONAL.....	16
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	18
4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA NUTRIÇÃO.....	19
4.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	19
4.1.2 Nutrição Comportamental no Transtorno da Compulsão Alimentar.....	19
4.1.3 Terapia Cognitivo Comportamental.....	20
4.1.4 Terapia Cognitivo Comportamental na Nutrição.....	21
4.2 TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC).....	21
4.2.1 Questionamento Socrático.....	21
4.2.2 Relacionamento Terapeuta Nutricional (TN) x Paciente.....	22
4.2.3 Mudança de hábitos.....	22
4.2.4 Prevenindo recaídas.....	23
4.2.5 Restrição alimentar, compulsão e transtornos alimentares.....	23
4.2.6 Etiologia do TCAP.....	25
4.2.7 Fatores predisponentes.....	26
4.2.8 Fatores individuais de personalidade e somáticos.....	28
4.2.9 Fatores precipitantes: Dieta.....	28
5 CONCLUSÃO.....
ANEXOS.....

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, especificamente após a década de 60, pode-se observar a transição epidemiológica que ocorreu na população referente a desnutrição e a obesidade. Essa mudança é resultado de alterações no perfil nutricional, ou seja, ocorrências de modificações no padrão alimentar e a forma de consumo dos alimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O comportamento alimentar inadequado pode estar relacionado com o aumento de peso na população, o que pode ocorrer por diferentes fatores, como, as bases genéticas, demográficas, transição econômica e cultural, não podendo ser especificamente só devido ao autoconsumo de alimentos hipercalóricos (NUNES, 2012).

Alguns grupos de indivíduos obesos, possuem padrões de alimentação anormais (*BLACK et al., 1993*), especificamente, pacientes obesos que são diagnosticados com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). O TCAP teve a sua descrição na década de 50 a partir de observações de pacientes obesos (STUNKARD, 1959). Os critérios para o seu diagnóstico foram incluídos no apêndice B da DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição) somente em 1994 (APA, 1994; APPOLINÁRIO, 2001; APPOLINARIO, 2004; AZEVEDO e SANTOS, 2004.)

Tem como característica, a ingestão de grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo, especificamente de até duas horas. O paciente apresenta também sensações de perda de controle de ingestão e escolhas alimentares. Para se obter um diagnóstico certo, os episódios de compulsão alimentar precisam ocorrer ao menos dois dias por semana em um tempo de seis meses, não acompanhando comportamentos compensatórios com o objetivo de perda de peso (SPITZER, 1994). O público-alvo em maior proporção é a população obesa, mas não quer dizer que o mesmo pode ser diagnosticado na população de peso normal . A maioria dos pacientes desenvolvem a compulsão alimentar antes de fazerem dietas, o que influencia no ganho de peso. (APPOLINÁRIO, 2004).

A prevalência de TCAP é alta, acomete cerca de 3% na população em geral e 30% em indivíduos obesos, especificamente mulheres obesas jovens e adultas (MELIN, 1998; SEGAL, CARDEAL e CORDAS, 2002). A realização de dietas restritivas nesses pacientes é um fator que contribui para o desenvolvimento de compulsão alimentar (WOMBLE, *et al., 2001*).

Os transtornos alimentares estão se tornando cada vez mais comuns nas últimas décadas, sendo que em termos estatísticos, ocorre um aumento considerável em suas incidências. (BALLONE, 2005). Por isso, eles foram apontados pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública, podendo desencadear muitas patologias orgânicas como dislipidemias, obesidade, hipertensão, diabetes entre outras.

O TCAP é um transtorno psiquiátrico grave, mas, tem solução e deve ser tratado diferenciadamente, por profissionais especializados.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a etiologia do transtorno da compulsão alimentar periódica e a conduta nutricional adequada para esta patologia.

1.2.2 Objetivo Específico

Identificar os fatores de risco para transtorno da compulsão alimentar periódica;

Classificar a conduta e tratamento nutricional adequado à patologia;

Analisar e identificar a partir de pesquisas bibliográficas as populações portadoras deste transtorno;

1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), se encontra na categoria dos transtornos alimentares a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno alimentar sem outra especificação, dentre eles o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCAP). É uma síndrome que tem como característica, a ocorrência de episódios periódicos de compulsão alimentar, sem qualquer comportamento de compensação para evitar um possível ganho de peso (Azevedo *et al.*, 2004). Segundo estudos epidemiológicos o TCAP está aumentando em diferentes grupos populacionais, sendo assim, viu-se a necessidade de investigar a partir de artigos científicos e bibliografias publicadas qual é a etiologia do TCAP e como o mesmo se

desenvolve, a fim de auxiliar no diagnóstico, tratamento e conduta nutricional correta, evitando assim possíveis danos à saúde da população diagnosticada.

1.4 HIPÓTESES

Vários fatores estão envolvidos na etiopatogenia do TCAP, dentre eles, hábitos alimentares irregulares, estilo de vida, genética, fator econômico e psicológico. Uma diversidade de fatores que interagem entre si podendo predispor, precipitar e até manter a doença. As restrições alimentares em dietas aumenta a probabilidade de ocorrer um episódio de compulsão alimentar é bem maior.

A faixa etária de maior probabilidade de ocorrer transtornos alimentares, obesidade e episódios de compulsão alimentar é na infância, pois se os pais têm obesidade acompanhado de episódios de compulsão o risco de a criança desenvolver é bem maior, fatores como escolhas e hábitos alimentares influenciam.

Algumas situações de stress influenciam no desenvolvimento do transtorno pacientes diagnosticados com TCA, predispondo a comportamentos alimentares irregulares, como por exemplo, o término de relacionamentos amorosos, morte de pessoas próximas e queridas, além de problemas financeiros, também início da vida profissional, favorece sensações de prazer e sofrimento de acordo com as atividades que cada indivíduo exerce, esse sentimento pode levar o indivíduo a um processo de adoecimento e culpa, o que pode ser revertido para a alimentação como forma de compensação.

O tratamento que seria mais indicado para o TCAP deveria envolver, intervenções psicológicas, nutricionais e se necessário terapia medicamentosa, a conduta em conjunto com outros profissionais tornaria o tratamento mais eficaz ao paciente. O tratamento poderia estabelecer hábitos saudáveis de alimentação e ajudar o paciente a evitar a hiperalimentação. É de suma importância o acompanhamento psicológico, onde com o mesmo é possível pôr em práticas terapêuticas que podem reorganizar os comportamentos inadequados.

No tratamento dietético, seria importante trabalhar de maneira lenta e gradual a diminuição da frequência dos episódios de compulsão, reverter às alterações do estado nutricional provocadas pela compulsão alimentar, promover hábitos de vida mais saudáveis, formular plano alimentar com horários específicos e depois o emagrecimento de pacientes obesos. Propor o uso do diário alimentar, pois é neste local que o paciente

poderá registrar os alimentos ingeridos, principalmente os alimentos dos episódios de compulsão. É importante que seja anotado o sentimento do paciente no momento do episódio e se o mesmo estava fome naquela hora. 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.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PREVALÊNCIA POPULACIONAL

O TCAP (*binge eating disorder* em inglês), descrita por Stunkard (1950), é um transtorno psiquiátrico que tem por característica clínica a hiperfagia (comer em excesso), apresentando episódios periódicos de grande ingestão de alimentos em até 2 horas, durante a ingestão o indivíduo desenvolve um elemento subjetivo que é caracterizado pela sensação de perda de controle e o objetivo (ao que come e o quanto se come), diferente da Bulimia Nervosa (BN); não sendo acompanhado de episódios compensatórios (vômito) com o objetivo de perda de peso, esse episódio é denominado compulsão alimentar (CA). Para caracterizar como um TCAP, os episódios da CA devem ocorrer no mínimo dois dias por semana em um período de 6 meses (MELO, 2011; VITOLO *et al.*, 2006).

A CA pode ser compreendida como uma desregulação do controle de impulsos (MELO 2011). A avaliação do TCAP pode ser realizada pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), que se encontra em anexo na Tabela 02, no qual é um questionário de preenchimento contendo 16 questões. É considerado como um questionário simples e de fácil entendimento, se tornando eficiente para identificar os indivíduos em risco. (VITOLO *et al.*, 2006).

A prevalência de transtornos alimentares no Brasil se apresenta em 15% a 56% dos pacientes que procuravam auxílio no tratamento para emagrecer, caracterizando em um público obeso (COUTINHO 1999; PETRIBU *et al.* 2006). No entanto, pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica a prevalência do TCAP varia entre 64% antes da cirurgia e 22% após cirurgia. Em relação ao comportamento alimentar pós-cirúrgico destes pacientes obesos compulsivos, é comum os mesmos desenvolverem sentimentos de perda de controle de ingestão (MACHADO *et al.* 2008).

Pode-se dizer que o TCAP torna-se mais comum em pessoas com excesso de peso (obesos) cerca de 30% que procuram serviços especializados e em 2% da população geral, o comportamento alimentar alterado destes indivíduos se representa em humor depressivo, são mais ansiosos, apresenta sentimento de culpa por inúmeros fatores e dietas restritivas também está associada a episódios de CA (BERNARDI *et al.*, 2004).

Existe uma maior prevalência de episódios de CA em adolescentes, os mesmos apresentam comportamentos que podem ocasionar transtornos alimentares, nesta fase ocorrem transformações hormonais, funcionais, afetivas e até sociais, que contribuem em mudanças corporais. É nesta fase que também ocorre um aumento de peso referente a estatura final do indivíduo, ocorrendo mudanças na composição corporal, refletindo em alterações de proporções de massa magra e massa de gordura. As mudanças físicas pelas quais passam podem influenciar na imagem mental, o que pode refletir positivamente ou negativamente na insatisfação corporal destes indivíduos (FORTES *et al.*, 2013).

O TCAP é mais frequente no sexo feminino na idade entre 14 a 18 anos, do que no masculino, este dado está presente em outros transtorno alimentares (TA). O sexo feminino torna-se mais sucessível a apresentar episódios de CA devido ao modelo de magreza referido pela cultura ocidental, maior aceitabilidade de pressão social e cultural, favorecendo aos adolescentes a valorizar excessivamente o peso e tamanho corporal, ocasionando em atitudes irregulares e comportamentos alimentares inadequados, ocasionando assim danos a saúde (FERREITA e VEIGA, 2008). Existe na população feminina um medo de se ter obesidade, sendo assim, esses indivíduos tentam se adequar a dietas milagrosas, as preocupações com o peso e corporal são os principais fatores para se desenvolver TA (ANDRADE e BOSSI, 2003).

2.2 ETIOPATOGENIA DO TCAP

De forma geral, a etiopatogenia (causas) dos TA é de forma complexa. Porém entende-se que, referente ao TCAP vários fatores podem estar envolvidos em seu desenvolvimento, como por exemplo: demográficos, socioeconômicos, genéticos, psicológicos, ambientais e individuais. Alguns eventos ocorridos na infância podem contribuir para o TCAP, no caso de os pais serem obesos o risco de o adolescente

desenvolver obesidade aumenta pois irá refletir nos hábitos de vida e escolhas alimentares (TERRES 2006).

2.3 COMPULSÃO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O comportamento alimentar e peso corporal referente a sua regulação é dependente de algumas vias do Sistema Nervoso Central (SNC) (BENOIT 2008). A fome pode iniciar por estímulos metabólicos, ou por receptores periféricos que estão localizados na boca e tubo digestivo. A partir destes estímulos inicia-se a sensação de apetite, que por seguinte desencadeia conduta de alimentação. Quando sentimos uma sensação de saciedade, automaticamente é cessado o estímulo da fome e se finaliza o processo. As pessoas sem patologias específicas apresentam reações adaptadas aos estímulos de fome e sede, tendo respostas corretas para a saciedade (CHEMIN e MILITO, 2007).

Já a CA está interligada com fatores motivacionais sendo controlada por regulação homeostática, envolvendo algumas funções do hipotálamo. Nele existe um centro onde gera vários tipos de comportamentos, sendo eles ativados pela motivação, tendo respostas e comandos vindo do neocórtex e sistema límbico (PAVLOVA 2004). Impulsos vindo do córtex pré-frontal nos leva a desenvolver o aprendizado alimentar, promovendo adaptação dos neurônios do núcleo accumbens (NAc).(KELLEY 2004). O NAc é uma estrutura mesolímbica, o mesmo participa no controle de comportamentos naturais do indivíduo, como, alimentação, comportamentos sexuais, além de motivação e aprendizado instrumental, exerce também funções celulares no aprendizado do apetite. Pode-se dizer que este núcleo tem um papel importante na motivação do apetite e também no desenvolvimento da compulsão. O Nac tem funções específicas nos transtornos alimentares e em tipos de compulsão, partes das funções dependem da integração do hipotálamo lateral e a amígdala (CORTEZ 2008; KELLEY 2004).

Pode-se dizer que, no hipotálamo lateral existe um neurotransmissor chamado GABA, o mesmo atua como inibidor da ingestão de alimentos. Quando ocorre um bloqueio dos receptores do GABA nesta região, ocorre gera fome em ratos saciados. Mas quando ocorre, especificamente uma ativação de receptores GABA do tipo A ocasiona à redução da ingestão, levando assim a perda de peso corpóreo (TURENIUS,

2009). Sendo assim, pode-se dizer que a funcionalidade do hipotálamo lateral é um sítio de integração dos mecanismos do controle de comportamento alimentar. Podemos dizer que a amígdala posterodorsal também tem importante função na regulação do comportamento alimentar, produz parcialmente uma quantidade de leptina circulante, no caso de ocorrer lesões nesta região pode-se desenvolver hiperfagia e obesidade em ratos, segundo estudos (YANG, 2009).

Nos dias atuais, existe uma forte privação alimentar, onde os alimentos são substituídos por fontes acessíveis e deficientes de energia. Essas alterações afetam diretamente a ingestão calórica e possibilita uma distinção entre a fome homeostática a qual ocorre períodos longos de privação alimentar e a fome hedônica, onde ocorre uma ausência de privação alimentar sendo motivada pela palatabilidade e atos compensatórios de comida, a mesma está associada à crescente epidemia da obesidade (MELO 2011).

Quando usamos o alimento de forma equivocada, como por exemplo, suprir estados emocionais, nesse sentido ocorre uma dificuldade na diferença do estado emocionais e sinais fisiológicos que o indivíduo apresenta, exemplo, a fome. Sendo assim, o alimento torna-se de extrema importância na vida das pessoas e, podendo ser usado, independente do tipo de alimento e o tipo de estado emocional que se apresentamos (ESPÍNDOLA e BLAY, 2006).

2.4 CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

As principais características dos sintomas que envolvem o diagnóstico do TCAP, se encontram no excesso alimentar, no tempo de duração da ingestão e a perda de controle, sendo a principal característica (PRATT , 1998).O tempo máximo de um episódio de CA, é de em torno duas horas. É considerado para o diagnóstico, a ocorrência de CA em dias, por semana. Uma segunda característica desses pacientes é a perda de controle quanto ao que se come, sendo uma peça importante para a CA (JOHNSON , 2000). Para se obter um certo diagnóstico é necessário a presença de três ou mais dos seguintes aspectos (APA,2014) a tabela para diagnóstico se encontra em Anexo A.

O número de frequência dos episódios de CA é a base para avaliar o nível de gravidade do transtorno. Se o resultado for de 01 a 03 episódios de CA por semana,

considera-se como grau leve. De 04 a 07 episódios caracteriza-se como CA moderada. Já de 08 a 13, pode se considerar CA grave. Por fim, acima de 14 episódios por semana, compulsão alimentar extrema (APA, 2014). A tabela de frequência de CA se encontra em Anexo C.

2.5 CONDUTA PSICOLÓGICA

O tratamento do TCAP ainda não é definido, porém, tratamentos envolvendo multi-profissionais de diferentes especialidades tem sido considerado os mais indicados, podendo ser utilizados medicamentos associados, intervenções psicológicas e nutricionais (FREITAS 2011). Essa forma de tratamento pode permitir hábitos saudáveis de alimentação e auxiliar o paciente a evitar hiperalimentação (STEFANO 2002). Dentre os tratamentos psicológicos, pode-se ser enfatizado a terapia cognitivo-comportamental (TCC), torna-se um tratamento de curto prazo, com sessões de 12 a 16, tendo foco nos aspectos cognitivos, dentre eles os pensamentos distorcidos em relação a avaliação do próprio peso e a forma do corpo, baixa auto-estima, perfeccionismo e outros aspectos, enquanto a parte comportamental tem em foco os hábitos alimentares inadequados (FREITAS 2007).

A TCC se designa em três fases, na primeira fase é de suma importância o paciente se comprometer com a terapia, onde o mesmo expressa suas expectativas, intenções e esperança. É nesta fase também que o paciente começa a desenvolver o controle da ingestão. É indicado um programa alimentar fixo, orientado por um nutricionista, com técnicas comportamentais, um dele é evitar o stress e tentações, podendo gerar ingestão excessiva de alimentos, esta forma de conduta tem como principal objetivo evitar movimentos pendulares, no qual o mesmo acaba passando de uma dieta restritiva para um episódio de bulimia. Na segunda fase da TCC, é priorizada reestruturações cognitivas, se consiste em modificar crenças irracionais do paciente, auxiliando na manutenção do transtorno, as quais, mantêm e dão forças para alguns padrões disfuncionais. É optado por métodos que se tornam alternativos na solução dos problemas (FAIRBURN, 1991). Já na terceira etapa é tomado com prioridade, o paciente manter suas próprias conquistas obtidas das fases anteriores, optando para desenvolver planos de possíveis recaídas. É de suma importância, para desenvolver um plano de tratamento adequado o vínculo entre profissional e paciente, para assim se ter

qualidade na relação terapêutica, deixando claro ao cliente que há interesse autêntico em ajudado, que não irá ser enganado e é possível controlar os sintomas (HERSCOVICI e BAY, 1997; FAIRBURN e COOPER, 1991).

Torna-se necessário envolver os familiares no tratamento, pois pode-se auxiliar a desenvolver a colaboração por parte do paciente, já que o mesmo irá passar por mudanças. Conversar sobre a atual situação do transtorno irá colaborar (HODES, EISLER e DARE, 1991; SARGENT, LIEBMAN e SILVER, 1985).

2.6 CONDUTA FARMACOLÓGICA

Pesquisas tem mostrado, que o tratamento farmacológico no TCAP envolvendo ISRS (inibidores seletivos de recaptura de serotonina) são excelentes na diminuição dos episódios de compulsão alimentar (ECA), podendo auxiliar de forma efetiva no tratamento. Algumas anormalidades na neurotransmissão serotoninérgica que ocorrem nos episódios da CA, favorecem o ponto de vista. Outras drogas e substâncias também mostram respostas satisfatórias, dentre elas pode-se citar, dexfenfluramina, desipramina e sibutramina (PAPELBAUM e APPOLINÁRIO, 2001). A sibutramina é questionado no Brasil referente a sua eficácia e segurança, mas a mesma vem sendo estudada e mostra-se que auxilia na redução de ingestão alimentar, diminui o peso corporal tendo eficácia positiva no perfil lipídico, além de ajudar no índice glicêmico (TZIOMAIOS, 2009). É necessário enfatizar que o tratamento farmacológico nem sempre leva a redução do peso do paciente, mas se torna eficaz na diminuição dos episódios de CA. Sendo assim, essa forma de tratamento deve estar interligada com apoio psicológico e nutricional (DEVLIN, 1996).

2.7 CONDUTA NUTRICIONAL

O profissional nutricionista, para resultar em um tratamento dietético eficaz, deve levar em consideração o tratamento psicológico do paciente e as necessidades fisiológicas da dietoterapia (ASSIS e NAHAS, 1999). O papel principal do nutricional é priorizar a diminuição da frequência dos episódios de CA e após emagrecimento em pacientes obesos (BORGES, 2004). A orientação dietética deve conter refeições regulares (APPOLINARIO, 2004). O tratamento farmacológico juntamente com a

dietoterapia se torna imprescindível para a eficácia do tratamento dos pacientes obesos diagnosticados com o TCAP (VASQUES, MARTINS e AZEVEDO, 2004).

Evita-se realizar dietas restritivas, pois a restrição alimentar contribuir para o pensamentos obsessivos sobre comida e episódios de CA, além disso, eventos stressores é um fator que desencadeia CA, devido ao aumento da liberação de cortisol (AZEVEDO, SANTOS e FONSECA, 2004; MORGAN, VECCHIATTI e NEGRÃO, 2002).

Um dos objetivos principais do tratamento dietoterápico é modificar às alterações do estado nutricional provocadas pela CA, além disso, promover hábitos alimentares mais saudáveis, o tratamento pode ser distribuídos por seis passos, onde irá acontecer uma mudança lenta e progressiva, porém segura e eficaz, sendo eles, 1. Escolhas por alimentação saudável; 2. Desenvolver o 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 (CORDAS 2006). Sendo assim o paciente iria aprender a forma certa e saudável de perder peso, se alimentando corretamente, sem que haja excesso e carências. Um dos gatilhos também utilizado é o diário alimentar, pois é nele que o paciente irá registrar os alimentos que foram ingeridos, especialmente os ingeridos durante os episódios de CA. É de suma importância que o paciente anote no diário o tipo de sentimento que se encontrava no momento do episódio e se realmente o mesmo estava com fome no momento (LATTERZA et al , 2004).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa do presente trabalho, consiste em uma revisão bibliográfica de forma sistemática. Foi utilizado fontes de pesquisa eletrônica nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos da Capes (Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), LILACS- BIREME (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Acadêmico, PubMed, EBSCO Discovery Service (EDS), e Biblioteca UNIFACVEST em livros e artigos científicos que abordam os transtornos alimentares, especialmente o TCAP. A pesquisa foi realizada no período do mês de fevereiro ao mês de outubro de 2019. Palavras-chave usadas na pesquisa foram: transtornos alimentares, obesidade, nutrição comportamental, conduta nutricional, transtorno de compulsão alimentar periódica. A seleção dos artigos se deu de acordo com a relevância do tema.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo a American Psychiatric Association (APA), 2014, os transtornos alimentares são caracterizados como quadros psiquiátricos que podem causar profundas alterações no comportamento alimentar, controle de peso e composição corporal, podendo ocasionar sérios prejuízos clínicos, psicológicos e de convívio social. A sua etiologia é multifatorial, onde o tratamento interdisciplinar é indispensável.

4.1.2 Nutrição Comportamental no Transtorno da Compulsão Alimentar

O TCA tem por característica principal, episódios de recorrentes de compulsão alimentar sem métodos de compensação, com sintomas de estresse e desconforto associado ao episódio, onde o indivíduo come mais rápido e em grandes quantidades que o normal, até se sentir desconfortável e cheio (BASDEVANT A, 1993).

É associado a depressão e baixa autoestima, influenciando de forma negativa a relação com o corpo e com a comida, os episódios de TCA é maior em indivíduos diagnosticados com depressão (DUCHENSE , 2007). O foco do tratamento no TCA não é o emagrecimento, por mais que o paciente tenha aumento de peso real, e sim propor estratégias para a diminuição e o controle dos episódios de CA, promovendo mudanças no comportamento e orientar o paciente a manter uma alimentação equilibrada e a ter uma boa relação com a comida e com seu corpo. Na maioria dos casos se o paciente consegue atingir esses objetivos por consequência levará a perda de peso (PSCIOLARO, 2010).

Pacientes com TCA muitas vezes não reconhecem o seu problema central, não percebem os gatilhos que levam aos episódios de CA, podem ser indivíduos impulsivos, desorganizados, tendo dificuldade na forma de controle, problemas com a imagem corporal e baixo autoestima.(ALVARENGA ,2014).

4.1.3 Terapia Cognitivo Comportamental

A terapia cognitivo comportamental (TCC), foi desenvolvida por Beck na década de 1960 é baseada em uma forma de psicoterapia breve, com estrutura, com foco no presente e na resolução de um problema atual, através de modificações de comportamento e pensamentos disfuncionais com base em alterações cognitivas. Tendo como objetivo ajudar o indivíduo a aprender estratégias comportamentais de forma a promover as mudanças necessárias (ABREU, 2014).

A TCC se baseia em um modelo cognitivo, que gera hipóteses de que as emoções e comportamento dos indivíduos são diretamente influenciados pela forma de percepção de interpretação dos fatos, as interpretações são determinadas pelas nossas crenças, sendo elas funcionais ou disfuncionais (WRIGHT , 2003).

A TCC tem como base dez princípios que podem influenciar ou determinar a atitude e abordagem do terapeuta no tratamento, sendo elas:

1. Formulação contínua do desenvolvimento do paciente e de seus problemas atuais;
2. Aliança terapêutica (empatia, atenção, respeito e competência);
3. Colaboração e participação ativa do paciente;
4. Orientação baseada em metas e concentrada em problemas;
5. Foco no presente;
6. Educar o paciente para ser seu próprio terapeuta e prevenir recaídas;
7. Tempo delimitado- começo, meio e fim;
8. Sessões estruturadas;
9. Treinar o paciente para poder identificar, avaliar e responder seus pensamentos e crenças disfuncionais;
10. Utilização de uma variedade de técnicas pra mudar o pensamento, o humor e o comportamento (BECK , 1997).

Vários estudos e ensaios clínicos apresentam a eficácia da TCC, apresentando resultados na modificação do humor, convívio social, redução de episódios de CA, redução de métodos perigosos para a perda de peso, diminuição da preocupação com o peso e a forma corporal (ABREU, 2014).

4.1.4 Terapia Cognitivo Comportamental na Nutrição

Existem muitas técnicas de TCC que pode-se utilizar na Nutrição, a escolha dependerá do caso de cada paciente. (BUTLER, 2000). Algumas são muito usadas e comprovadas cientificamente, outras complementares podem ser usadas em casos mais específicos, quando as técnicas básicas de terapia não forem o suficiente para aprofundar a terapia (ABREU, 2014). Dessa forma, o tratamento nutricional deve intercalar e complementar simultaneamente diversas técnicas para planejar intervenções terapêuticas que possam ter mais chances de obter mudanças específicas para determinado caso (KNAPP, 2008).

4.2 TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC)

4.2.1 Questionamento Socrático

É uma forma de diálogo socrático, sendo um importante recurso, tem como objetivo obter informações e conhecer o problema do indivíduo, podendo visualizar o estilo de vida e avaliar as estratégias que o mesmo utiliza para enfrentar diversas situações (ABREU, 2014).

Consiste em forma de entrevista com perguntas frequentes referentes ao que o indivíduo pensa, estimulando sua curiosidade e fazendo-o ter novas descobertas sobre seus próprios pensamentos. Desta forma em vez de o Terapeuta Nutricional (TN) fornecer respostas ou confrontar o paciente, o TN poderá usar o questionamento socrático para formular devidas perguntas, direcionando a atenção do indivíduo para uma área específica, auxiliando a modificar os pensamentos disfuncionais e facilitar a mudança de comportamento. (WHIGHT, 2010). O questionamento socrático pode-se utilizar em todo tratamento e deve-se utilizar acompanhado de outras técnicas de TCC (ABREU, 2014). O quadro 1 presente em Anexo D mostra um exemplo de questionário socrático.

4.2.2 Relacionamento Terapeuta Nutricional (TN) x Paciente

O relacionamento entre TN e paciente tem por objetivo, manter o equilíbrio colaborativo entre TN e paciente, onde o mesmo é incentivado a assumir as responsabilidades referente a sua escolha alimentar, criando assim um vínculo entre as partes e auxiliando na eficácia do tratamento. O questionamento socrático acompanhado do relacionamento TN x paciente, questionará o paciente referente ao sentido de seus pensamentos, o relacionamento poderá guiá-lo em um questionamento de forma consciente sobre as suas crenças (WHIGHT, 2010).

Outro fator importante a ser analisado é o automonitoramento e observação da ocorrência de alguns comportamentos disfuncionais, esse método poderá ser usada como uma forma de avaliação durante todo o tratamento, auxiliará a clarear o diagnóstico e a adequação da conduta do TN. Tem como objetivo reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumento dos comportamentos adequados. O diário alimentar é uma das principais técnicas de automonitoramento, podendo ser através de registro de fotos de alimentos comidos nas refeições, registro de quantidade de fome antes das refeições, pensamentos, sentimentos, eventos passados, entre outros. (WHIGHT, 2010). Tabela de diário alimentar em ANEXO C.

4.2.3 Mudança de hábitos

A mudança de hábitos tem como finalidade obter novos padrões de resposta e remover os hábitos disfuncionais. O importante mostrar ao paciente que é possível reverter um hábito, a partir de treinamento e o pode-se ser ensinado através das seguintes técnicas:

- Identificação dos episódios, questionando os indivíduos sobre o sofrimento ou consequência do hábito e ganhos com o seu abandono;
- Planejamento de troca do comportamento por outras formas de agir, podendo ter em consideração as singularidades do hábito e da maneira em que ele surge;
- Iniciar exercícios de novos comportamentos escolhidos, podendo solicitar ajuda a pessoas do seu convívio social, onde podem lembrar o paciente de treinar novos comportamentos, elogiando e percebendo o progresso;
- Planejar treinos cotidianos, em diferentes situações, e discussão de progressos e problemas (ANDREATTI L, 2012)

4.2.4 Prevenindo recaídas

Um dos comportamentos disfuncionais encontra-se o comer compulsivamente, é um hábito que pode ser modificado. Acredita-se que as pessoas aprendem esses comportamentos e pensamentos, e apesar de gerarem problemas, são utilizados pelo indivíduo quando o paciente precisa lidar com uma situação difícil. O comer compulsivamente, pode ser uma gratificação imediata, podendo ser percebido como uma forma de resolver problemas, dentre eles, sentimentos intensos e ansiedade. Acredita-se que a pessoa não desenvolveu ou aprendeu comportamentos adaptativos, que gerem gratificação e possa revolver os problemas de outra forma (SCAGLIUSI, 2011).

4.2.5 Restrição alimentar, compulsão e transtornos alimentares

Uma explicação para os episódios de CA e transtornos alimentares é a desregulação do controle da fome e da saciedade, as mesmas podendo ser desencadeadas pelas diferentes formas de dietas em pessoas suscetíveis. Essa afirmação está relacionada com o eixo fisiológico, dependendo da dieta, pode ocorrer de levar a um peso abaixo do set-point (ponto de ajuste de ingestão e manutenção do peso) já a compulsão pode ser a tentativa do organismo restaurar o peso adequado (POLIVY , 2006).

Nesse sentido, o nosso corpo aumentará a fome fisiológica, onde o indivíduo apresentará sinais de, aumento da salivação e secreção de motilina (peptídeo que estimula a motilidade) na resposta da visualização de alimentos saborosos, além disso ocorre uma diminuição da liberação de insulina e leptina, esses hormônios estão relacionados aos sinais de fome (POLIVY , 2006).

A CA ocasionada pela restrição alimentar é observada em indivíduos que não perderam peso ou realizaram restrições alimentares extremas. Dessa forma, é necessários avaliar os fatores emocionais e psicológicos, pois a privação do prazer em comer ou do conforto que o alimento nos dá pode levar a sensação de privação emocional (KEYS , 1950).

Um estudo realizado em Minnesota, conduzido por Ancel Keys, fisiologistas da Universidade de Minnesota, com o objetivo de descobrir métodos de reabilitação nutricional após a Segunda Guerra Mundial. Realizaram o primeiro estudo referente as consequências da restrição alimentar no comportamento humano e na obsessão pela comida (KEYS , 1950).

O estudo contou com 36 voluntários do sexo masculino na idade de 22 a 33 anos eutróficos, contento três etapas:

1. estabilização de três meses com uma dieta de 3.200 kcal/dia;
2. seis meses de semi-inanição, com uma dieta de 1.600 kcal/dia, com os alimentos disponíveis na época (massa, pão preto, batata, rabanete e nabo) nessa etapa o indivíduo perderia em média 1 kg por semana e alcançar a perda de 25% do peso inicial, onde era incluso realizar caminhadas de 35,4 km por semana e gastar 3.000 kcal/dia;
3. Três meses de reabilitação com 400, 800 ou 1.200 kcal a mais das 1.600 kcal dia (KEYS , 1950).

Os principais sintomas observados no decorrer do estudo foram, anemia, fadiga, apatia, irritabilidade, agressividade, letargia, deficit neurológico e perda do apetite sexual. Outro fator é que os participantes se mostraram muito focados e obcecados por comida (KAUSMAN, 2005).

Na fase da reabilitação, com a dieta apresentando mais energia, os participantes ficavam mais agressivos e pessimistas. Quando foi permitido que os mesmos comessem o quanto quiserem, passaram a perder o controle de ingestão e afirmaram se sentir descontrolados com a sua alimentação. No final do experimento, alguns voluntários ingeriam de 4.000 a 10.000 kcal/ dia, outros almoçavam três vezes seguidas, pois não se sentiam satisfeitos. Ao final finalizaram com sobrepeso, quando no início eram eutróficos e atléticos. A recuperação psicológica desses indivíduos levou anos. Dessa forma o estudo mostrou que a restrição alimentar afeta diretamente o corpo e as emoções (KALM , 2005).

Quando se faz uma restrição alimentar, é substituído o controle de ingestão interno (fome e saciedade) por controle externo, onde o mesmo é planejado e determinado cognitivamente, o que pode ocasionar desregulação no controle normal de ingestão. Na perda de controle e compulsão subsequente as dietas têm relação com a cognição, onde a dieta impõe que o indivíduo ignore as pressões internas para a

regulação do peso corporal e conseqüentemente acontece uma preocupação com os alimentos, passando a fazer uma divisão dos alimentos proibidos com os permitidos, cada vez mais dependendo da direção cognitiva severa para se controlar. Na situação em que esse controle é quebrado pode-se gerar compulsão e exageros. Ciclo de restrição, compulsão e purgação em Anexo F (KAUSMAN, 2005).

Um estudo realizado por Patton *et al.*, com adolescentes na Austrália, mostrou que realizar dietas restritivas aumenta 18 vezes o risco de desenvolver TA, e dietas restritivas moderadas aumenta o risco cinco vezes. Sendo assim, afirma-se que as dietas restritivas é um fator que ocasiona transtornos alimentares (HETHERINGTON, 2000).

Sendo assim, pode-se dizer que algumas dietas podem não serem muito eficazes para emagrecer, trazendo conseqüências clínicas e metabólicas, desregulando a sensação da fome, apetite e saciedade, trazendo pensamentos obsessivos com o alimento e composição corporal, causando letargia e mau humor, podendo desencadear episódios de descontrole e compulsão alimentar. Neste caso, o profissional nutricionista trabalharia acompanhado do paciente, visando obter uma verdadeira mudança de comportamento e uma boa relação com a comida, podendo garantir uma manutenção efetiva de um peso saudável (HETHERINGTON, 2000).

4. 2. 6 Etiologia do TCAP

A etiologia dos TA podem ser determinadas por múltiplos fatores que se interligam, podendo produzir ou progredir a doença. Dentre estes fatores está os predisponentes, precipitantes e mantenedores dos transtornos alimentares. Nos fatores predisponentes ocorre um aumento nas chances de desenvolver transtornos alimentares. Já nos fatores precipitantes existem o surgimento dos sintomas do TA. Os fatores mantenedores são aqueles que determinarão se o transtorno vai se progredir ou não (COOPER, 1995).

O TCAP tem como origem diversos fatores para o seu desenvolvimento. Alguns aspectos como de personalidade, familiares, genéticos, sócio-culturais e psicológicos têm sido considerados. (SILVA, 2005).

O TCAP pode estar relacionado com a depressão, angústia e ansiedade Segundo (CAMPOS 2001), nestes casos a depressão poderá ser um sintoma assumindo diversas formas, como por exemplo o pessimismo, transtornos de humor, sensação de culpa, baixa auto-estima, indecisão, irritabilidade, alterações de sono e apetite, tristeza e diminuição da libido.

Segundo Ballone (2006), este transtorno é o distúrbio mais comum de ocorrer. Aproximadamente 10% a 25% dos pacientes, grande parte as mulheres, que procuram atendimento clínico com o objetivo de perda de peso sofrem de compulsão alimentar. Os compulsivos, de acordo com o mesmo autor, têm mais chances de ter colesterol alto, hipertensão arterial e diabetes. A ingestão de grandes quantidades de alimentos, ocorre muitas vezes, longe dos parentes e amigos, pelo fato do olhar de censura. Essa ingestão descontrolada pelos alimentos na maioria das vezes podem ser provocado pelo estresse e podem ser resolvidos com o uso de substâncias que atuam na serotonina, ou seja medicamento.

4.2.7 Fatores predisponentes

Existem duas classes de público que podem desenvolver TA, uma delas inclui o risco para desenvolver os transtornos psiquiátricos, onde se encontra indivíduos em comorbidades diagnosticadas com patologias psiquiátricas, histórico de transtornos psiquiátricos na família, abuso sexual ou físico e adversidades durante a infância. Já a outra classe são específicas para os TA, incluindo traços na personalidade, restrição alimentar, e obesidade.

Tabela 4-Fatores Predisponentes para desenvolvimento de TA

Individuais	
Traços de Personalidade	Baixa auto-estima Traços obsessivos e perfeccionistas (AN) Impulsividade e instabilidade afetiva (BN)
História de Transtornos Psiquiátricos	Depressão Transtornos da ansiedade (AN) Dependência de substâncias (BN)
Tendência à Obesidade	
Alterações da Neurotransmissão	Vias noradrenérgicas Vias serotoninérgicas
Eventos Adversos	Abuso sexual
Familiares	
Agregação Familiar	
Hereditariedade	
Padrões de Interação Familiar	Rigidez, intrusividade e evitação de conflitos (AN) Desorganização e falta de cuidados (BN)
Sócio-Culturais	
Ideal Cultural de Magreza	

Fonte: CHRISTINA *et al.*, 2002.
Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev Bras Psiquiatria.

4.2.8 Fatores individuais de personalidade e somáticos

Existe uma associação entre a Anorexia Nervosa (AN) e transtornos da personalidade obsessiva-compulsiva, da Bulimia Nervosa (BN), com transtornos que tem como características a impulsividade e instabilidade, como no caso do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Dentre os transtornos psiquiátricos, se encontra a depressão, se tornando um fator de risco para os TA. Crianças diagnosticadas com obesidade que apresentam episódios de compulsão alimentar têm maiores índices de ansiedade e depressão quando comparadas a crianças obesas sem perda de controle alimentar (MORGAN, 2002).

Nos fatores somáticos, pesquisas mostram que a puberdade precoce é um fator de risco para os TA. Pelo fato de ocorrer aumento da gordura corporal em meninas adolescentes, requerendo assim uma reorganização da imagem corporal e influenciar nas preocupações com o peso (GOWERS, 2001).

As vias noradrenérgicas podem ter alterações e vias da serotonina (5-HT) exercem um papel que predispõem alterações no humor, controle do impulso, obsessividade e regulação de fome e saciedade nos transtornos alimentares. Pesquisas mostram que a administração de agentes serotoninérgicos em animais e pessoas sem transtornos alimentares suprime o comportamento alimentar exagerado de ingestão de alimentos, diminuindo assim a ingestão de carboidratos. Esses efeitos podem ser resumidos como uma intensificação da saciedade após o início do comportamento de consumo do alimento (WELTZIN, 1994).

4.2.9 Fatores precipitantes: Dieta

As dietas restritivas para emagrecer é o fator mais frequente para desenvolver TA, sendo um comportamento comum na população ocidental, onde se busca a ideal magreza. Estudos longitudinais têm demonstrado que a dieta pode aumentar o risco para os TA. Indivíduos que faziam dietas restritivas tiveram um risco 18 vezes mais desenvolver TA do que entre indivíduos que não faziam dieta após um ano de seguimento. Porém a dieta, isoladamente, não capaz a produzir os transtornos alimentares. É necessários outros fatores de risco descritos anteriormente para levar desenvolver TA (PATTON, 1999).

Os fatores mantenedores dos TA, tem como aspecto as alterações fisiológicas e psicológicas em decorrer da desnutrição e pelos frequentes episódios de compulsão

alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno. Na maioria das vezes, os fatores que desenvolvem o problema alimentar é diferente dos fatores que acabaram sendo responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial (PATTON, 1999).

Tabela 5-Fatores que mantêm os TA

Fisiológicos

Privação alimentar favorece episódios de compulsão alimentar
Episódios de compulsão alimentar interferem no metabolismo da glicose e insulina

Psicológicos

Privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle

Culturais

Magreza vista como símbolo de sucesso

Fonte: CHRISTINA *et al.*, 2002. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev Bras Psiquiatria.

5 CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi abordar os objetivos propostos. Nesse sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura e artigos científicos publicados de acordo com a relevância do tema. Sendo assim pode-se observar que vários fatores estão envolvidos na etiopatogenia do TCAP, dentre eles, hábitos alimentares irregulares, estilo de vida, genética, fator econômico e psicológico.

Uma diversidade de fatores que interagem entre si podendo predispor, precipitar e até manter a doença. As restrições alimentares em dietas aumenta a probabilidade de ocorrer um episódio de compulsão alimentar é bem maior. A faixa etária de maior probabilidade de ocorrer transtornos alimentares, obesidade e episódios de compulsão alimentar é na infância, pois se os pais têm obesidade acompanhado de episódios de compulsão o risco de a criança desenvolver é bem maior, fatores como escolhas e hábitos alimentares influenciam.

Algumas situações de stress influenciam no desenvolvimento do transtorno pacientes diagnosticados com TCA, predispondo a comportamentos alimentares irregulares, como por exemplo, o término de relacionamentos amorosos, morte de pessoas próximas e queridas, além de problemas financeiros, também início da vida profissional, favorece sensações de prazer e sofrimento de acordo com as atividades que cada indivíduo exerce, esse sentimento pode levar o indivíduo a um processo de adoecimento e culpa, o que pode ser revertido para a alimentação como forma de compensação.

O tratamento que seria mais indicado para o TCAP deveria envolver, intervenções psicológicas, nutricionais e se necessário terapia medicamentosa, a conduta em conjunto com outros profissionais tornaria o tratamento mais eficaz ao paciente. O tratamento poderia estabelecer hábitos saudáveis de alimentação e ajudar o paciente a evitar a hiperalimentação. É de suma importância o acompanhamento psicológico, onde com o mesmo é possível pôr em práticas terapêuticas que podem reorganizar os comportamentos inadequados. No tratamento dietético, seria importante trabalhar de maneira lenta e gradual a diminuição da frequência dos episódios de compulsão, reverter às alterações do estado nutricional provocadas pela compulsão alimentar, promover hábitos de vida mais saudáveis, formular plano alimentar com horários específicos e depois o emagrecimento de pacientes obesos.

ANEXOS

ANEXO A

TABELA 01-Critérios de diagnósticos para TCAP

	Critérios de diagnósticos para TCAP, segundo o DSM-5 (2014) são:
Critérios	Descrição
A	Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto está ingerindo).
B	Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comer mais rapidamente do que o normal. 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio. 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência de sensação física de fome. 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo. 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
C	Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
D	Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.
E	A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso da bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Fonte: DSM-5 (APA, 2014)

ANEXO B

TABELA 02-ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES (BINGE EATING SCALE)	
#1	<p>() 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p>() 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>() 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>() 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p>
# 2	<p>() 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p>() 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p>() 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p>() 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.</p>
# 3	<p>() 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p>() 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p>() 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p>() 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p>
# 4	<p>() 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p>() 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p>() 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p>() 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p>

5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

#7

- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Fonte: BES (BINGE EATING SCALE); (GORMALLY J, BLACK S, DASTON S, RARDIN D. 1982).

ANEXO C

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.							
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 0	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 1	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	-	4 = 3	4 = 3
#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	-

Escores:

Menor ou igual 17 = normal

Entre 17 e 30 = variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito)

30 ou mais = Compulsão alimentar Periódica

Fonte: BES (BINGE EATING SCALE); (GORMALLY J, BLACK S, DASTON S, RARDIN D. 1982).

ANEXO D

TABELA 03-Diário alimentar utilizado no tratamento da compulsão alimentar periódica

Horário	
Alimento/ quantidade	
Duração	
Compulsão? S//N	
Planejado? S/N	
Fome 0 a 10	
Saciedade 0 a 10	
Local/ companhia	
Sentimento e pensamentos	

Fonte: ALVARENGA, M et al. Nutrição Comportamental. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015

ANEXO E

Quadro 1-Questionamento socrático

TN: “Olhei no seu diário alimentar e percebi que você comeu um pouco mais de pão do que o habitual no lanche da tarde. Você percebeu? Sabe o que motivou esse aumento?”
PACIENTE: “Percebi, mas não sei por quê... Eu nunca consigo me controlar quando como carboidratos.”
TN: “Mas você vinha conseguindo comer os pães de forma bem tranquila e adequada na semana passada. Tente comparar suas escolhas alimentares da semana passada e desta semana. O que mais mudou, além do aumento dos pães á tarde?”
PACIENTE: “Bom, na verdade eu comecei a tentar reduzir os carboidratos e cortei o arroz do almoço.”
TN: “Como conversamos, a restrição de um grupo alimentar facilita muito a perda de controle em outra refeição. Além disso você não precisa cortar o carboidrato para alcançar os seus objetivos. O que acha de tentarmos incluir pelo menos uma fonte de alimentos energéticos (arroz, batata, pão, farofa etc.) no almoço e avaliarmos o controle sobre p lanche da tarde, na semana que vem?”

Fonte: ALVARENGA, M et al. Nutrição Comportamental. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015

ANEXO F

Figura-1 Ciclo de restrição, compulsão e purgação



Fonte: ALVARENGA, M et al. Nutrição Comportamental. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA M, Dunker KLL. Padrão no comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosas. In: Philippi S, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Editora Manole; 2003;

ALVARENGA M, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás TA, Scaglius FB. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities *Physiol Behav*. 2014.

ANDREATTA I, Oliveira MS, Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012;

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSMV-V. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. rev. Porto Alegre, 2002;

APPOLINÁRIO, J.C. & Claudino, A.M. (2000). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*;

APPOLINÁRIO, José Carlos. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. 2 ed. 26 v. rev. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004;

APPOLINÁRIO, J.C. (1998) Aspectos biológicos. In: Nunes, M.A.A. et al. *Transtornos Alimentares e Obesidade 1ª edição*. Porto Alegre: Artmed;

ASSIS, M. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr*. Vol.12;

Associação Americana de Psiquiatria (APA). (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas;

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D. C. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol.31. Núm. 4. 2004;

Ballone,G.J. Transtornos alimentares. Disponível em: <http://psiqweb.med.br/anorexia.html>. Acesso em: 16/11/2019;

BENOIT SC, Tracy AL, Davis JF, Choi D, Clegg DJ. (2008). Novel functions of orexigenic hypothalamic peptides: from genes to behavior;

BERNARDI. F., Cichelero, C., Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*;

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;

BLACK AE, Prentice AM, Goldberg GR, Jebb SA, Bingham SA, Livingstone MB et al. Measurements of total energy expenditure provide insights in to the validity of dietary measurements of energy intake. J Am Diet Assoc, 1993;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014;

CARLSON, N.R. (2002). Fisiologia do comportamento 7ª ed. Barueri: Manole;

CAMPOS,R. Comedores de emoções. Revista Viver, São Paulo, n.º105, p.24-29, 2001.

COUTINHO, Walmir Ferreira. Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. v.1. São Paulo: Eistein, 2006;

COUTINHO, W. (1999). Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, São Paulo;

CORDAS, T. A.; ASCECIO, R. F. R. Tratamento comportamental da obesidade. Einstein. Vol.4. supl.1. 2006;

CORTEZ CM, Silva D. Fisiologia Aplicada à Psicologia. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2008;

COOPER Z. The development and maintenance of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press; 1995;

CHEMIN, C., MILITO, F. (2007). Transtornos alimentares em adolescentes. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento;

CLAUDINO, A.M; Borges, M.BF. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Revista Brasileira de Psiquiatria;

CHRISTINA *et al.*, 2002. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev Bras Psiquiatria;

DEVORARES, A.M.R.; FAGUNDES, U. Avaliação e orientação nutricional. In. Guia de Transtornos alimentares e obesidade. Angélica de Medeiros Claudino, Maria Teresa Zanella (coord). Baueri, SP: Manole. Cap. 14. p. 127-135, 2005 (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar);

DEVLIN, M.J. (1996). Assessment and treatment of binge-eating disorder. Psychiatric Clinical North América;

DUCHESNE, M. & ALMEIDA, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria;

DUCHESNE, M.; Appolinário, J. C.; Rangé, B. P.; Freitas, S.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica. 1 ed. v. 29. rev. Revista de Psiquiatria, 2007;

ESPÍNDOLA, C.R. & BLAY, S.L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. Revista de Psiquiatria;

FAIRBURN, C.G. (1991). The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. Journal of Psychosomatic Research;

FERREIRA JES, Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socioeconomic level. Appetite. 2008;

FIATES, GMR & SALLES, RK. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Revista de Nutrição;

FREITAS SR. Compulsão Alimentar: Aspectos relacionados à mensuração, prevalência e tratamento. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007;

FREITAS S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. Rev Bras Psiq 2001;

FONTANIVE RS, De Paula TP, Peres WAF. Inquéritos dietéticos. In: Duarte ACG, Castellani FR. Semiologia nutricional. Rio de Janeiro: Editora Axcel; 2002;

FORTES LS, Conti MA, Almeida SS, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em adolescentes: uma investigação longitudinal. Rev. Psiq. Clín. 2013;

GILBERT, P. & LEAHY, R. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In In P. Gilbert & R. Leahy (Eds), The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies;

GOWERS SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. Br J Psychiatry 2001;

HERSCOVICI C. R. & BAY, L. (1997). Anorexia nervosa e bulimia: Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas;

HETHERINGTON MM, Stoner AS, Andersen AE, Rolls BJ. Effects of acute food deprivation on eating behavior in eating disorders. Int J Eat Disord. 2000;

HODES, M., EISLER, I., DARE, C. (1991) Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: A review. Journal of the Royal Society of Medicine;

JOHNSON WG, Boutelle KN, Torgrud L, Davig JP, Turner S. What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. Int J Eat Dis 2000;

- KAUSMAN R. IF not dieting, then what? Australia: Allen & Unwin; 2005;
- KALM LM, Semba RD. They starved só that other be better fed: remembering Ancel Keys and The Minessota Experiment. J Nutr. 2005;
- KELLEY AE. Ventral striatal control of appetitive motivation: role in ingestive behavior and reward-related learning. Neurosci .Biobehav Rev 2004;
- KEYS A, Brozek J, Henschei A, Michelsen O. Taylor HL, Simonson E, et al The biology of human starvation. Volume 1 and 2. The biology of human starvation. Volume 1 and 2.1950;
- KOTAIT, M.S.; BARILLARI, M.L.; CONTI, M.A. Escalas de avaliação de comportamento alimentar. In. Nutrição em psiquiatria. Táki Athanássios Cordás; Adriana Trejger Kachani e cols. Porto Alegre: Artmed. Cap. 4. p. 59-76., 2010;
- 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;
- MACHADO, C.E., Zilberstein, B., Cecconello, I., Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva;
- MAGALHÃES, E.N. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal;
- MELIN, P. (1998). Comorbidade dos transtornos alimentares. Porto Alegre: Artes Médicas;
- MELO, M.M.O. (2011). Compulsão alimentar, imagem corporal e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos. Dissertação de mestrado apresentada á Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte;
- MORGAN, C.M; Vecchiatti, I.R. & Negrão, A.B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Revista Brasileira de Psiquiatria;
- NETTO, Carlos A. (2002). Psicobiologia do comportamento alimentar. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C. et. al. Transtornos Alimentares e Obesidade, Porto Alegre: Artmed;
- NUNES, Renato Moreira. Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC). 2012. 23f. Dissertação (Pós graduação em desenvolvimento humano)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012;

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993) Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas;

PAVLOVA IV, Vanetsuan GL. Evoked activity of the cat hypothalamus and amygdale under food motivation and in emotional stress. *Ross Fiziol. Zh Im I M Sechenova* 2004;

PAPELBAUM, M. e APPOLINÁRIO, J.C. (2001). Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Revista Brasileira de Psiquiatria*;

PATTON GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999;

PETRIBU, K., Ribeiro, E.S., Oliveira, F.M.F., Braz, C.I.A., Gomes, M.L.M., Araujo, D.E., Almeida, N.C.N., Albuquerque, P.C., Ferreira, M.N.L. (2006). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE;

POLIVY J, Herman P. An evolution perspective on dieting. *Appetite*. 2006;

PRATT EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Dis* 1998;

SARGENT, J. LIEBMAN, R. & SILVER, M. (1985) Family therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds). *Handbook of psychoterapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press;

SEGAL, A., Cardeal, M. V., & Cordas, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*;

Silva,A.B.B. *Mentes insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

STUNKARD, A.J.- *Padrões alimentares e obesidade*, 1959;

STEFANO SC, Borges MBF, Claudino AM. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiquiatria Prática Médica* 2002;

TERRES NG, Pinheiro RT, Horta BL, Pinheiro KAT, Horta LL. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Rev Saúde Púb* 2006;

TURENIUS CI, Charles JR, Tsai DH, Ebersole PL, Htut MH, Ngo P, Lara R, Stanley BG. The tuberal lateral hypothalamus is a major target for GABA(A)- but not GABA(B)-mediated control of food intake. *Brain Res* 2009;

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;

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiquiatr. Clin*. Vol.31. Núm. 4. 2004;

VITOLLO, M.R., Bortolini, G.A., Horta, R.L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. Revista de Psiquiatria;

YANG X, Yan J, Lu B, Zhao X, Lei Q, Yang D, Chen K, Zhao S, Zhu G. Fos expression and hormone changes following electrical stimulation of the posterodorsal amygdala and the effects on food intake in conscious female rats. Brain Res 2009;

Weltzin TE, Fernstrom MH, Kaye WH. Serotonin and bulimia nervosa. Nutr Rev 1994 .

WHIGHT JH, Basco MR, Thase ME. Aprendendo a terapia cognitivo comportamental. Porto Alegre: Artemed;2010;

WHISENANT, S. L. & SMITH, B. A. (1995). Eating disorders: Current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. Journal of the American Dietetic Association.