

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

ÉRIKA APARECIDA DA SILVEIRA
JULIANA DA CUNHA
JOYCE FERREIRA FARIA
VÍVIAN SAID MENDONÇA

**PREVALÊNCIA DE COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICA EM PACIENTES OBESOS CANDIDATOS À
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Goiânia
2009

ÉRIKA APARECIDA DA SILVEIRA
JULIANA DA CUNHA
JOYCE FERREIRA FARIA
VÍVIAN SAID MENDONÇA

**PREVALÊNCIA DE COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICA EM PACIENTES OBESOS CANDIDATOS À
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Nutrição apresentado à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da professora Dra. Juliana Cunha e co - orientação da professora Dra. Érika Aparecida da Silveira, como requisito para obtenção do título de Nutricionista.

Goiânia
2009

RESUMO

Os objetivos deste trabalho foram verificar a prevalência de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica e os principais fatores que interferem no desenvolvimento desse comportamento alimentar. Trata-se de um estudo de coorte, do tipo retrospectivo, no qual foram estudados 46 pacientes entre obesos grau II e III candidatos à cirurgia bariátrica, atendidos em ambulatório de nutrição em de um hospital público de Goiânia - Goiás, no período de novembro de 2008 a julho de 2009. Constituem as variáveis de interesse avaliadas, as características sócio - demográficas, comorbidades associadas, evolução ponderal e uso anterior de dieta, adesão ao tratamento e ausência ou presença de CAP. Dos 46 pacientes, 91,3 % são mulheres e 8,7% homens, sendo a média de idade de $40,54 \pm 10,29$ anos. A cor de maior prevalência foi parda, correspondendo a 37% dos estudados. Em relação ao nível de escolaridade, 56,5% da amostra apresentava baixo nível de instrução. A renda familiar em 67,4% dos pacientes esteve entre um a três salários mínimos. Sessenta e cinco por cento (65,2%) apresentavam Hipertensão arterial, enquanto que a maioria dos pacientes (91,3%) foram classificados com obesidade grau III, IMC acima de 40 kg/m^2 . Apenas 38 pacientes responderam o questionário de CAP e dentre estes 50% não apresentavam CAP. Foram feitas associações entre CAP e gênero, raça, idade, IMC, média de peso, número de consultas e participação em reuniões de grupo. Constatou-se, neste estudo, que pacientes com maior grau de obesidade nem sempre, apresentam piores índices de compulsão alimentar periódica. Piores níveis de compulsão alimentar periódica estavam correlacionados positivamente com piores níveis de LDL-c e Colesterol total. Não houve associação entre CAP e número de consultas, reuniões de grupo, fatores socioeconômicos e demográficos.

Palavras - chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Compulsão Alimentar Periódica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	6
2.1	OBJETIVO GERAL.....	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
4	METODOLOGIA	7
5	RESULTADOS	10
6	DISCUSSÃO	14
7	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	18
	ANEXOS	21

1 INTRODUÇÃO

Dados estatísticos e resultados de vários estudos comprovam que a obesidade é uma doença que está aumentando a passos largos entre as populações dos países desenvolvidos e também dos países em desenvolvimento.

Ao analisar um retrato do estilo de vida da sociedade moderna pode-se enxergar uma imagem bastante distorcida, visto que o sedentarismo, a ingestão elevada e constante de alimentos pouco nutritivos e muito calóricos, o fumo e a bebida alcoólica fazem parte da rotina diária de grande parcela da população no mundo.

Em vista desses fatores, somados a causas fisiológicas, a quantidade de indivíduos obesos mórbidos, que tem Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ Kg/m}^2$ associado a outras comorbidades, elevou-se em número alarmante. Nestes casos específicos, uma técnica de tratamento que vem sendo bastante utilizada e indicada atualmente é a intervenção através da cirurgia bariátrica, onde há redução do volume gástrico ou da porção absorptiva do intestino delgado ou um procedimento que reúne as duas técnicas.

Vários autores como Quadros, Bruscatto e Branco Filho (2006); Fandiño et al. (2004) e Segal e Fandino (2002) relacionaram em seus estudos o aumento da prevalência de sintomas psicopatológicos em pessoas obesas que procuram tratamento para emagrecer. Dentre esses sintomas pode-se destacar a compulsão alimentar periódica (CAP), que se refere a episódios de comer em excesso em intervalos curtos de tempo e, que para tanto, é objeto de estudo deste trabalho.

Para a realização deste estudo foram analisados os dados de alguns pacientes obesos mórbidos atendidos em ambulatório de nutrição de um hospital público de Goiânia – Goiás.

A técnica cirúrgica realizada neste ambulatório é gastroplastia redutora com *bypass* gástrico em Y de *Roux* ou simplesmente *Bypass* gástrico de *Fobi-Capella*. É uma técnica mista, que consiste na associação entre a redução do volume gástrico (volume variando de 20 a 50 mL) e a restrição ao seu esvaziamento pelo anel de contenção a um pequeno prejuízo na digestão através de uma derivação gástrico-jejunal em Y de *Roux*.

Em virtude da existência de poucos estudos relacionando o nível de prevalência de CAP em pessoas obesas, além da disponibilidade de dados sobre o nível de CAP nos pacientes do ambulatório em estudo, decidiu-se desenvolver esse trabalho, cujo objetivo é verificar a prevalência de CAP em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica e os principais fatores que interferem no desenvolvimento desse comportamento alimentar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes com obesidade grau II e III candidatos à cirurgia bariátrica atendidos em ambulatório de um hospital público de Goiânia - Goiás.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a prevalência de compulsão alimentar periódica, segundo fatores socioeconômicos, demográficos, comorbidades, exames bioquímicos, história de ganho de peso e uso anterior de dieta.

Verificar relação da compulsão alimentar periódica com índice de massa corporal.

Analisar relação da compulsão alimentar periódica com assiduidade nas consultas e participação das reuniões de grupo.

4 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como de coorte, do tipo retrospectivo, sendo o tempo análise de oito meses, de novembro de 2008 a julho de 2009.

Foram estudados 46 pacientes entre obesos grau II e III candidatos à cirurgia bariátrica, atendidos em ambulatório de nutrição de um Hospital público de Goiânia - Goiás, no período de novembro de 2008 a julho de 2009. Os dados foram coletados ao longo deste período, através de informações colhidas dos prontuários e das fichas específicas da nutrição dos pacientes (ANEXO A).

Estas fichas são preenchidas por estagiárias de nutrição devidamente treinadas para este fim. Quando os estagiários chegam ao ambulatório, assistem consultas de estagiários mais experientes e/ou nutricionistas, observam como acontece o atendimento, realizam o fichamento dos pontos importantes das condutas e após duas observações e discussão com a supervisora do ambulatório, é que o novo estagiário inicia o atendimento.

A maneira mais objetiva para classificar a obesidade é o Índice de Massa Corpórea (IMC). A faixa de peso de IMC considerada normal varia de 18,5 a 24,9 Kg/m². Pessoas com IMC de 25 a 30 são consideradas acima do peso (sobrepeso), enquanto aquelas entre 30 e 40 já são classificadas como obesas. Finalmente, pessoas com IMC acima de 40 são portadoras de obesidade mórbida (BJÖRNTORP, 2003).

Os pacientes que são atendidos no ambulatório em questão devem apresentar as seguintes características: IMC maior ou igual a 40Kg/m² ou acima de 35 com comorbidades associadas e encaminhados pela equipe de cirurgiões bariátricos.

Na amostra estudada, os pacientes foram selecionados conforme alguns critérios de inclusão: ser atendido obrigatoriamente no ambulatório estudado, estar em período pré-operatório e apresentar pelo menos três consultas no intervalo de tempo considerado do estudo e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles pacientes que já se encontravam em período pós-operatório.

As variáveis de interesse foram analisadas segundo história pregressa do paciente e evolução clínico - nutricional no período de acompanhamento e estão dispostas na tabela abaixo, com seus respectivos instrumentos utilizados.

Tabela 1. Variáveis de interesse.

VARIÁVEIS	
Sócio-demográficas	Cor Sexo Idade Escolaridade Renda
Comorbidades associadas	Diabetes Hipertensão arterial Dislipidemia
Evolução ponderal e Uso anterior de dieta	Peso Altura Índice de massa corporal Uso anterior de dieta
Adesão ao tratamento	Número de consultas por paciente Número de participações em reuniões de grupo
Compulsão alimentar Periódica (CAP)	CAP leve ou ausente CAP Moderado CAP grave

O questionário de rastreamento de compulsão alimentar periódica (FREITAS et al., 2001), foi aplicado na primeira consulta de nutrição para todos os pacientes. Era aplicado antes da consulta de nutrição por acadêmica de nutrição treinada, que leu as questões para o paciente preservando a imparcialidade das perguntas, para chegar a um resultado fidedigno.

As respostas foram analisadas segundo um questionário de rastreamento de compulsão alimentar periódica, adaptado por Freitas et al. (2001).

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) é um questionário amplamente utilizado, desenvolvido por Gormally et al. (1982), que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da CAP. Este método representa a escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de

pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item (Anexo B).

Os indivíduos são classificados de acordo com os seguintes escores: com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem CAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CAP grave.

O banco de dados foi construído utilizando-se planilhas calculadas de Excel/Microsoft Office 2003 e a análise dos dados foi realizada pelo programa SPSS versão 16.0 para Windows. Foi feita correlação de Pearson para analisar a relação de CAP com IMC, exames bioquímicos, cor, escolaridade e renda. Quando a variável CAP foi cruzada com variáveis categóricas, ela também foi categorizada.

Os pacientes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido quando de acordo, podendo parar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo no tratamento.

O estudo seguiu a orientação da resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, sendo portanto, submetido à apreciação do comitê de ética do hospital em estudo, obtendo aprovação em junho de 2008.

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída de 46 pacientes, sendo 91,3 % de mulheres e 8,7% de homens como mostra a tabela 2. A idade variou entre 24 e 62 anos (média de $40,54 \pm 10,29$ anos). De acordo com a raça, 37%, eram de cor parda, seguido de 30,4 % de brancos. Quanto ao nível de escolaridade 32,6% não concluíram o primeiro grau, e 28,3% tinham o segundo grau completo. Observou-se que 56,5% da amostra apresentava baixo nível de instrução, ou seja, de analfabeto ao primeiro grau incompleto. A renda familiar em 67,4% dos pacientes esteve entre um a três salários mínimos.

Tabela 2. Caracterização dos pacientes atendidos no NANPO HC/UFG no período de novembro de 2008 à julho de 2009.

Variáveis	n=46	Resultados
Sexo (%)		
Feminino	42	91,3
Masculino	4	8,7
Idade		
Média (anos)	46	40,54
Cor (%)		
Branco	14	30,4
Pardo	17	37,0
Negro	12	26,1
Outro	3	6,5
Escolaridade (%)		
Analfabeto	1	2,2
1 grau incompleto	15	32,6
1 grau completo	10	21,7
2 grau incompleto	3	6,5
2 grau completo	13	28,3
Superior incompleto	4	8,7
Renda (%)		
< 1 SM	10	21,7
1 a 3 SM	31	67,4
4 a 7 SM	4	8,7
8 ou mais	1	2,2

Todos os pacientes relataram tratamentos prévios para a obesidade no mínimo cinco anos, com ou sem auxílio de profissional. Todos tinham se submetido ao tratamento com medicamentos. Com relação à comorbidades

associadas, 15,2% apresentaram Diabetes melitus (DM) e 65,2% Hipertensão arterial (HAS).

Dos pacientes analisados, 4 (8,7%) pacientes foram classificados com quadro de obesidade grau II, isto é, IMC entre 35 e 40 kg/m², e 42 (91,3%) foram classificados como obesidade grau III, IMC acima de 40 kg/m². Na tabela 3, estão os dados referentes ao IMC médio encontrado.

Tabela 3. Índice de Massa Corporal Médio

	Número de pacientes (n)	IMC médio (kg/m ²)	Desvio Padrão
Obesidade grau II	n=4	37,75	1,5
Obesidade grau III	n=42	48,8	6,68
Total	n=46	47,84	7,12

Segundo a pontuação na ECAP, 50,0% da amostra apresentou valor menor ou igual a 17 pontos, ou seja, sem CAP. A média de CAP encontrada foi de 17,94 pontos \pm 7,97, como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da freqüência dos níveis de Compulsão Alimentar Periódica de pacientes atendido no ambulatório de nutrição estudado.

Classificação de CAP	Freqüência	Percentual
SEM CAP	19	50,0
CAP MODERADO	12	31,6
CAP GRAVE	7	18,4
Total	38*	100,0

* O n = 38 se justifica, devido ao fato de não ter sido encontrados nos arquivos do ambulatório de nutrição, os questionários de CAP de 8 pacientes do estudo.

Na tabela 5, estão os dados referentes ao grau de compulsão alimentar relacionado com o IMC dos pacientes em estudo, uma vez que os dados de alguns estudos indicam que um maior IMC pode estar correlacionado com uma maior CAP.

Tabela 5. Grau de compulsão alimentar e Índice de Massa Corporal do paciente.

Estado Nutricional	Grau de compulsão alimentar			Total
	Grave n (%)	Moderado n (%)	Ausente n (%)	
Obesidade grau II	0	2 (66,7%)	1 (33,33%)	3
Obesidade grau III	7 (20%)	10 (28,6%)	18 (51,4%)	35
Total	7	12	19	38*

* O n = 38 justifica-se, devido ao fato de não ter sido encontrados nos arquivos do ambulatório de nutrição, os questionários de CAP de 8 pacientes do estudo.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre CAP e gênero, raça, idade e IMC. Também ao se correlacionar média de peso com participações em reuniões de grupo, número de consultas, não houve associação estatística significativa. Entretanto vale ressaltar que houve uma tendência em diminuir o peso ao longo do tratamento, como mostra a tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos pesos dos pacientes atendidos no NANPO HC/UFG, durante o tratamento nutricional.

Pesos	n	Média Pesos	Desvio Padrão
1ª Consulta	46	182,40	18,54339
2ª Consulta	46	174,60	18,83421
3ª Consulta	42	172,60	19,56774
4ª Consulta	32	166,00	20,99892
5ª Consulta	31	164,60	22,21848
6ª Consulta	29	165,50	22,40455
7ª Consulta	27	164,30	22,95271
8ª Consulta	24	169,00	23,34114
9ª Consulta	22	166,20	24,94967
10ª Consulta	17	168,00	27,02540

Ao se relacionar CAP com os exames bioquímicos, verificou-se correlação positiva significativa entre colesterol total e LDL-c, sendo encontrado valores de $p=0,015$ e $p=0,04$ respectivamente. E os demais como: glicemia, TG e HDL-c, não ocorreu associação estatisticamente significativa, como indica a tabela 7.

Tabela 7. Correlação entre exames bioquímicos e média de CAP dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição, durante o tratamento nutricional.

	GLICEMIA	TRIGLICERIDES	COLESTEROL TOTAL	HDL	LDL
Média	- 0,022	- 0,034	0,368	0,078	0,419
CAP					
r					
p	0,893	0,833	0,018	0,629	0,007
n	39	41	41	41	40

r= correlação de pearson.

p= nível de significância.

n= número amostral.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que o quantitativo de mulheres (91,3%) foi mais elevada do que aquela dos homens (8,7%), similar à distribuição do gênero (80% contra 20%) encontrada por Matos et al. (2002) em uma amostra de pacientes obesos que procuraram o tratamento para perder peso. Muito embora a prevalência da obesidade seja pouco mais elevada entre pacientes mulheres (13,6%) do que entre os homens (12,4%), como comprova a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2009), a grande diferença do número de participantes em relação ao gênero, parece refletir, na realidade, a demanda mais elevada para o tratamento entre mulheres, uma vez que elas estão mais preocupadas com sua imagem corporal, que os homens.

Nesse sentido, buscou-se correlacionar CAP com participação em reuniões de grupo e número de consultas, com o objetivo de investigar se o fato dessa busca frequente pelo tratamento influenciava na prevalência de CAP desses pacientes. Mas não houve correlação estatisticamente significativa, como esperado. Provavelmente devido ao fato do não planejamento de reavaliação do CAP ao longo do tratamento, o que reflete uma falha de estudos do tipo retrospectivo.

Com relação às comorbidades associadas, 15,2% apresentaram Diabetes melitus (DM) e 65,2% Hipertensão arterial (HAS). O que se confirma com outros estudos, como Carneiro et al. (2003) que registraram prevalência de 67,1% de HAS e de 21,8% de DM em uma população de obesos de São Paulo. Isto reforça o fato de que a obesidade favorece a ocorrência dos fatores de risco cardiovascular, sendo que a distribuição central da gordura corporal se destaca especialmente como fator importante no desenvolvimento da hipertensão arterial, dislipidemia e Diabetes melitus.

O IMC médio dos pacientes que participaram do estudo foi de $47,84 \text{ kg/m}^2 \pm 7,12$ confirmando a indicação cirúrgica para tratamento da obesidade, como esperado, visto que se trata de um ambulatório de cirurgia bariátrica e os pacientes atendidos tendem a apresentar IMC mais elevado. Ao analisar CAP e média de peso, não se obteve correlação positiva, que fosse estatisticamente significativa. Entretanto, observa-se que houve uma tendência em diminuir o peso

ao longo do tratamento nutricional, de acordo com o decréscimo das médias de peso encontradas. Com isto podemos sugerir que as consultas estariam auxiliando no processo de redução do peso e adesão ao tratamento destes pacientes.

De acordo com a corrente pesquisa, 50% dos pacientes apresentavam compulsão alimentar periódica, o que é similar aos estudos de Borges (2001), realizada com obesos que participavam do Programa Vigilantes do Peso, notou-se que dos distúrbios alimentares mais comuns, o que apresentou maior incidência foi a compulsão alimentar (43%) .

Nesse sentido Adami et al. (1995) com o objetivo de analisar o nível de CAP com grau de obesidade, demonstraram, por meio de uma avaliação transversal no período pré-operatório, que 63% dos pacientes com obesidade grau III apresentavam compulsão alimentar periódica grave. Esta taxa foi muito maior do que aquela observada em pacientes sem obesidade grau II.

Segundo os achados do presente estudo, verificou-se 20% de CAP grave em obesos mórbidos, o que também se verifica no estudo de Quadros, Bruscato e Branco Filho (2006), onde observaram que 25% dos pacientes com obesidade mórbida apresentaram compulsão alimentar grave.

De acordo com os resultados dessa pesquisa, em valores percentuais, 66,7% dos pacientes com obesidade grau II apresentavam CAP moderado e nenhum apresentou CAP grave. Ao passo que 28,6% dos obesos grau III apresentaram CAP moderada e 20% grave. Isso demonstra a maior ocorrência de CAP no grupo com menor grau de obesidade, como discutido no estudo de Matos et al. (2002). Entretanto quando se observa valores absolutos, a maior prevalência de CAP se dá entre os obesos mórbidos. Essa diferença acontece em decorrência do perfil da amostra, visto que foi composta por mais obesos grau III do que obesos grau II.

É um ponto de discussão se a ocorrência de episódios de compulsão alimentar entre pessoas obesas seria uma consequência de dietas restritivas, como sugere o estudo de Matos et al. (2002), a perda da capacidade de controlar a ingestão do alimento poderia contribuir para uma dificuldade mais elevada para cumprir com uma dieta para perder peso. Contudo, no presente estudo não encontrou-se uma associação estatística significativa entre CAP e níveis mais

elevados do IMC. Estes resultados podem indicar como já sabido, que outros fatores além da ingestão excessiva das calorias estaria contribuindo para a severidade da obesidade. Admitindo que CAP pudesse ser uma conseqüência da adoção de dietas restritivas, pode-se esperar que esta desordem seria ainda mais frequente entre os pacientes que mais procuram tratamentos para controlar o ganho de peso.

Isto se confirma, visto que todos os pacientes relataram tratamentos prévios para a obesidade no mínimo cinco anos, com ou sem auxílio de profissional e uso de tratamento medicamentoso. Isto pode indicar que apesar de uma única aplicação do CAP, ao início do tratamento, os valores podem ter sido influenciados por tratamentos anteriores e que de certa forma ainda é preocupante visto que o percentual de pacientes com CAP foi relativamente alto (50%)

É importante abordar isso, pois no caso da indicação de uma cirurgia bariátrica, haveria sempre o interesse que estas mudanças no comportamento alimentar pudessem contribuir para as complicações pós - cirúrgicas ou comprometer no futuro o resultado da cirurgia, conduzindo à necessidade sempre da tentativa de investigar e tratar o CAP, bem como outros transtornos relacionados à alimentação.

Por outro lado, a menor prevalência de CAP no grupo de obesos mórbidos, pode ser resultado de uma dificuldade destes pacientes em aceitar a doença CAP e seus sintomas, bem como, de expor ao profissional a sua relação com os alimentos devido ao caráter compulsivo que esta apresenta e a sua consciência de que este comportamento não é adequado. Fato este, agravado pelo baixo nível de instrução educacional, visto que a maior parte da amostra (56,5%) foi constituída por pacientes analfabetos ou com o primeiro grau incompleto.

Outra análise realizada com este grupo foi em relação à incidência de CAP com os exames bioquímicos: glicemia, triglicérides, colesterol total, LDL-c e HDL-c. As associações entre LDL-c e colesterol total, ocorreram de forma estatisticamente significativa ($p= 0,007$ e $p= 0,018$ respectivamente), mostrando que os comedores compulsivos de fato apresentam distorções de uma alimentação saudável, que se reflete negativamente nos níveis sanguíneos desses componentes.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados da amostra deste estudo constata-se que pacientes com maior grau de obesidade nem sempre, apresentam piores índices de compulsão alimentar periódica. Tanto que não houve correlação positiva entre compulsão alimentar periódica e índice de massa corporal.

Nesse sentido, quando se observa valores percentuais, houve maior prevalência de compulsão alimentar periódica entre obesos grau II do que entre obesos grau III, analisando de modo proporcional a amostra estudada.

Piores níveis de compulsão alimentar periódica estavam correlacionados positivamente com piores níveis de LDL-c e Colesterol total, indicando importância do tratamento nutricional com este grupo.

Conclui-se ainda que a compulsão alimentar periódica não se associa com fatores socioeconômicos e demográficos.

Considerando que não houve associação entre compulsão alimentar periódica e número de consultas e reuniões de grupo, sugere-se novo estudo com reaplicação do questionário de compulsão alimentar periódica para reavaliar os resultados.

Como o estudo é do tipo retrospectivo, muitas informações ficaram perdidas e algumas variáveis descontroladas. Nesse sentido enfatiza-se a relevância dos dados da corrente pesquisa como a importância da realização de mais estudos sobre o assunto.

REFERENCIAS

ADAMI, G.F.; GANDOLFO, P.; BAUER, B.; SCOPINARO, N. Binge Eating im Massively Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery. **International Journal of Eating Disorders**, v.17, p.45-50, 1995.

APPOLINARIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.2, p.75-76, 2004.

AZEVEDO, A.P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p.170-172, 2004.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.1, p. 85-93, 2005.

BORGES M. B. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia. **Psiquiatria na Prática Médica**. São Paulo, 2001.

BJÖRNTORP, P. Definition and classification of obesity. In: Fairbairn & Brownell. **Eating disorders and obesity**. 2.ed, New York, p.377-381, 2003.

CARNEIRO, G, FARIA, A.N.; RIBEIRO FILHO, F.F.; GUIMARÃES, A.; LERÁRIO, D.; FERREIRA, S.R.G.; ZANELLA, M.T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.3, p.306-311, 2003.

CATANEO, C.; CARVALHO, A.M.P.; GALINDO, E.M.C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.18, n.1, p.39-46, 2005.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.7-12, 2002.

CRUZ, M.R.R.; MORIMOTO, I.M.I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.2, p.263-272, 2004.

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J.C.; RANGE, B.P.I.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.29, n.1, p.80-92, 2007.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.28, n.3, p.265-275, 2006.

FANDINO, J.; BENCHIMOL, A.K.; COUTINHO, W.F.; APPOLINARIO, J.C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.26, n.1, p.47-51, 2004.

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n.4, 2001.

GORMALLY J, BLACK S, DASTON S, RARDIN D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict Behav**, v.7, p.47-55, 1982.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11.ed. São Paulo: Roca, 2005. 558 p.

MATOS, M.I.R.; ARANHA, L.S.; FARIA, A.N.; FERREIRA, S.R.G.; BACALTCHUCK, J.; ZANELLA, M.T. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.4, p.165-169, 2002.

MAZZEO, S.E.; SAUNDERS, R.; MITCHELL, K.S. Binge eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. **Eating Behaviors**, v.6, p.189-196, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, n.12, 2006. 110p.

MINISTERIO DA SAUDE. Obesidade em adultos. Acessado em 24/09/09: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10078.

NISHIYAMA, M.F.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M.; NAKAMURA, R.K.C.; PERALTA, R.M.; MARUJO, F.M.P.S. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v.11, n.2, p.89-98, 2007.

OLIVEIRA, V.M.; LINARDI, R.C.; AZEVEDO, A.P. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p.199-201, 2004.

PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.38-40, 2001.

PASSOS, T.C.B.M.; YAZIGI, L.; CLAUDINO, A.M. Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. **Psico-USF**, São Paulo, v.13, n.1, p.69-74, 2008.

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. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Recife, v.50, n.5, p. 901-908, 2006.

PORIES, W.J.; JOSEPH, E.B. Surgery for obesity: procedures and weight loss. In: Fairbairn & Brownell (eds), **Eating disorders and obesity**, 2.ed, New York, p. 562-567, 2003.

QUADROS, M.R.R.; BRUSCATO, G.T.; BRANCO FILHO, A.J. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de Cirurgia Bariátrica. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v.24, n.45, p.59-65, 2006.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, supl. 3, p.68-72, 2002.

SOARES, C.C.; FALCÃO, M.C. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.22, n.1, p.59-64, 2007.

VITOLLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.28, n.1, p.20-26, 2006.

ANEXOS

ANEXO A : Ficha Específica da Nutrição

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - FACULDADE DE NUTRIÇÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA – NUTRIÇÃO

PRONTUÁRIO N^o: [] Data primeira consulta: []

Dados Pessoais e Socioeconômicos: fone: []

Nome: [] Idade: [] DN: []
 Sexo: fem. masc. Cor da pele: branco pardo negro outro: []
 Escolaridade: [] Renda familiar: []
 Renda própria: não sim R\$: [] N^o pessoas na casa: []
 Profissão/Ocupação: [] Procedência: []

Patologias:

Doenças atuais: []
 Doenças anteriores: []

Antecedentes Familiares (pais ou avós, tios avós):

câncer dislipidemia obesidade hipertensão cardiopatias
 diabetes outros: []

Aspectos Fisiológicos:

Hábito intestinal: []
 Dentição / Mastigação / Deglutição: []

Medicamentos atuais/ posologia:

[]

Hábitos de Vida:

Atividade física: regular irregular ausente
 tipo: [] freqüência: [] duração: []
 Há quanto tempo: []
 Tabagismo: não ex-fumante sim N^o de cigarros/dia: []
 Bebida alcoólica preferida e quantidade semanal: [] não consome

Avaliação Bioquímica: Data do(s) exame(s): []

Hemograma: Hb: [] Ht: [] Leuco: [] Linfo: [] Plaquetas: [] Glicemia: []
 Colesterol total: [] HDL-c: [] LDL-c: [] Triglicérides: []
 Ácido Úrico: [] TSH: [] T3: [] T4: [] Sódio: [] Potássio: []
 Proteínas totais: [] Albumina: [] Uréia: [] Creatinina: []
 Outros: []

História da Obesidade:

Início da obesidade: infância puberdade após gestações outras fases da vida

Há quanto tempo (anos/meses) vem ganhando peso? _____

Causa do ganho de peso: _____

Já fez dieta: sim não Qual (is)? _____

Com profissional conta própria .

Duração do tratamento _____

Teve auxílio de medicamentos? sim não Qual (is)? _____

Teve resultado? _____

Hábitos Alimentares (n^o de refeições / dia): _____

Refeição	Local	Horário	Alimentos/preparação
Desjejum	_____	_____	_____
Colação	_____	_____	_____
Almoço	_____	_____	_____
Lanche	_____	_____	_____
Jantar	_____	_____	_____
Ceia	_____	_____	_____

Alimentos que mais gosta: _____

Preferência por alimentos: salgados doce

Alimento(s) sintomatológico(s) e/ou de intolerância alimentar: _____

Horário de maior fome: _____

Apetite: _____ Fator(es) que interfere(m): _____

Tipo de gordura usada: _____ Per capita: _____

Ingestão de líquidos ao dia: _____

Usa saleiro a mesa: sim não

Frequência Alimentar:

Grupo	Diária/e	3 a 4x/sem	1 a 2 x/sem	Quinzenal	Rara/e
Leite derivados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes/ovos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais (arroz, mac.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pães	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitandas e salgados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetal A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetal B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubérculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas ou suco fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes/ Refresco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoçantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado Nutricional:Altura: Peso atual: IMC: Peso ajustado: Peso desejado: C.C.: Diagnóstico: Conduta: Nutricionista: Data: **2ª consulta de nutrição:** Data: Peso atual: IMC: Perda de peso: /

(Intervalo de tempo)

ANEXO B: Questionário de Rastreamento de Compulsão Alimentar Periódica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
AMBULATÓRIO DE
CIRURGIA BARIÁTRICA / NUTRIÇÃO
Nome: _____

Nº prontuário: _____

Sexo: M F

Data: ___/___/___

(0) sem CAP **(1)** CAP 1 **(2)** CAP 2

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o

modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

1. Eu não me sinto constrangido(a) com meu peso ou tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.

2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isso normalmente não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

3. Eu fico mesmo constrangido(a) com minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

4. Eu me sinto muito constrangido(a) com meu peso e freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.

2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.

3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentidome então desconfortavelmente cheio(a) depois.

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.

3

1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mas do que a média das pessoas.

3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.

4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).

2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas freqüentemente sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas de vez em quando, posso usar alguma atividade para afastar minha mente da comida.

4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a), nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

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 "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. Freqüentemente, 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 isso acontece eu como ainda mais.

4. Eu tenho o hábito regular de começar a fazer dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece 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 sentido 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 ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos,
- () 2. Às vezes, depois de comer demais tento reduzir minha ingesta 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 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 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 de provocar vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes quando estou com outras pessoas não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com meu comportamento alimentar.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com 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 faço lanches pesados tenho hábito de pular 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 alguns momentos, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com 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. Sinto que 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 eu não posso pensar nada a não ser comer.
- () 4. Na maioria dos dias meus pensamentos parecem estarem “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 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 eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Ass. do aluno responsável: _____

Ass. do paciente:
