



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

A restrição alimentar e seus impactos no comportamento alimentar

Gabriel Lins Ferreira

Professor (a): Maína Ribeiro Pereira Castro

Brasília, 2018

RESUMO

Os episódios de compulsão alimentar têm-se mostrado frequente em indivíduos com excesso de peso e obesidade, que passam muitas vezes por restrições alimentares, algumas vezes, não prescritas por nutricionistas. Com o aparecimento deste descontrole alimentar, torna-se necessário a investigação de pacientes que estão nesse processo, com intuito de avaliar se podem desenvolver alterações no comportamento alimentar, através de eventos descontrolados, que se caracterizam ou não como compulsão. É um estudo observacional, com período de seguimento transversal, cujo objetivo foi de avaliar se pessoas em restrição alimentar estão sujeitas a desenvolver compulsão alimentar. Foram entrevistados 61 indivíduos que realizavam atendimento nutricional no centro de atendimento à comunidade (CAC) de uma universidade privada em Brasília, DF. A pesquisa deu-se através de questionário de Escala de Compulsão Alimentar Periódica, e também a coleta de dados sociodemográficos e socioeconômicos. Obtiveram-se os resultados de compulsão alimentar periódica (CAP) moderada em 22% (n=13) dos entrevistados e CAP grave em 8% (n=5). A compulsão mostrou-se presente no sexo feminino e em indivíduos de maior IMC, o que sugere que esses são grupos de risco a desenvolver episódios de compulsão alimentar. Com isso torna-se necessário o aprofundamento de estudos com populações sobre temas a respeito de transtornos alimentares, que se mostrou presente nos indivíduos analisados.

Palavras-chave: Transtorno de compulsão alimentar, restrição alimentar cognitiva, alimentação.

INTRODUÇÃO

Os principais padrões ou dimensões de comportamento associados ao hábito alimentar são: restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar. O indivíduo em restrição cognitiva impõe a si mesmo uma série de obrigações e proibições alimentares para manter ou perder peso (JESUS, 2017). Já a regulação emocional refere-se à tentativa consciente e inconsciente de um indivíduo para modificar a magnitude e/ou tipo de experiência emocional ou o próprio evento, em resposta a eventos provocando emoções. A adequada regulação emocional pode aumentar sentimentos gerais de eficácia, o que poderia levar, por sua vez, ao estilo de vida mais saudável. Por outro lado, a inadequada regulação emocional pode estar associada a uma maior vulnerabilidade às emoções negativas (LU et al., 2016). O descontrole alimentar é caracterizado por desejo de comer em excesso (PAPELBAUM; APPOLINÁRIO, 2001).

Portanto uma das estratégias mais utilizadas para controle de peso corporal é a restrição alimentar cognitiva. A restrição alimentar (do termo *restrained eating*) foi definida como uma tendência a restringir o consumo alimentar conscientemente, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover sua perda. A influência dos aspectos socioculturais é marcante. Considerando a pressão social da busca pela magreza e todos os esforços envolvidos em submeter-se a um tratamento, trava-se uma guerra entre corpo e mente. Estudos mostram que estresse, restrição, rejeição e outros estados emocionais negativos, levam à interrupção de autocontrole, conduzindo, assim, a escolhas alimentares inapropriadas, as quais, de certa forma, aliviam as tensões vigentes (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

O comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até 2 horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come, é conhecido em inglês como *binge eating*, em português, compulsão alimentar (CA). Quando os episódios de CA ocorrem pelo menos 2 dias por semana, num período de 6 meses, associados a algumas características de perda de controle e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, indicam, segundo

estudos recentes, a presença de uma síndrome denominada Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) – *binge eating disorder* (NUNES, 2012).

A prevalência da compulsão alimentar periódica pode variar de 1,5 a 5% na população geral, portadora ou não de excesso de peso. Já entre indivíduos em tratamento clínico para perda de peso, a prevalência varia de 5 a 30%. No Brasil, dos pacientes que procuram tratamento para emagrecer, estima-se que 15% a 22% apresentam TCAP. Já entre aqueles pacientes que realizam cirurgia bariátrica o transtorno pode acometer 56% dos indivíduos (SILVA; SOUSA, 2016).

Nota-se que a restrição cognitiva impacta em mecanismos do autocontrole, favorecendo episódios relacionados a descontroles alimentares, muitas vezes caracterizando-se como compulsão alimentar. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar, através de questionário específico, se indivíduos, que estão em processo de restrição alimentar, estão susceptíveis a desenvolver alterações no comportamento alimentar, de forma descontrolada, que possa ter contribuído para o desenvolvimento ou não de compulsão alimentar.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar se indivíduos, em processo de restrição alimentar cognitiva, desenvolveram alterações no comportamento alimentar, na forma de descontrole alimentar, que pode se caracterizar ou não por compulsão alimentar.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar o estado nutricional da população estudada;
- Correlacionar se indivíduos de maior IMC estão propensos a desenvolver mais episódios de compulsão;
- Observar possíveis alterações no comportamento alimentar devido à restrição alimentar;
- Identificar se fatores sociodemográficos estão envolvidos no processo de descontrole alimentar;

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, de caráter quantitativo, com período de seguimento transversal, retrospectivo não concorrente, analítico, sem grupo placebo. Neste foram entrevistados 61 indivíduos que estavam em processo de restrição alimentar cognitiva, de ambos os sexos, maiores de 18 anos.

As entrevistas foram realizadas com adultos que realizavam atendimento nutricional no centro de atendimento à comunidade (CAC), do UniCEUB. A seleção da amostra deu-se por meio da idade dos indivíduos, sendo necessário ser maior de 18 anos para poder preencher o questionário.

Os participantes receberam primeiramente o convite para participar da pesquisa antes de realizar o atendimento nutricional. Preencheram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) que comprovou sua participação e também garantiu respaldo caso a pesquisa tenha algum risco. Após preenchimento do termo, o pesquisador disponibilizou o questionário de escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) (APÊNDICE A) (GORMALLY, 1982) de caráter autoaplicável, utilizado amplamente em países de língua inglesa, traduzida para o português por Freitas e colaboradores (2001) que tem como propósito avaliar os indivíduos em processo de restrição alimentar, e a susceptibilidade a desenvolver episódios de compulsão. Após a coleta de dados, foi feita a somatória dos pontos do questionário para avaliar o escore (APÊNDICE B), que posteriormente foram incluídos e sugeridos ao comportamento de descontrole alimentar, que se mostrou sugestivo ou não a compulsão alimentar.

A coleta de dados ocorreu nos dias em que houve atendimentos nutricionais no CAC, no mês de maio de 2018. Foram selecionados indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que informaram peso e altura auto referidos e responderam ao ECAP para análise dos dados.

ANÁLISE DE DADOS

Voluntariamente o paciente respondeu ao questionário, assim, a partir do número de respostas marcadas, foi tabelado através dos escores da escala e classificado o controle alimentar de acordo com o escore preconizado pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica: Menor ou igual a 17 foi classificado como normal (sem compulsão alimentar periódica [CAP]), entre 17 e 30 foi classificado como CAP moderada (variação de inclinação ao comer muito) e 30 ou mais foi classificado como CAP grave (APENDICE B). Os dados foram divididos em sexo, IMC e se possuiu variações no comportamento alimentar, que ocasionaram episódios de compulsão. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas que mostravam as informações colhidas.

Critérios de inclusão

Assinatura do TCLE (APÊNDICE C), maior de 18 anos e que estava em acompanhamento nutricional no CAC.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não assinaram o TCLE, não eram maiores de 18 anos, não preencheram completamente o questionário e que não estavam em acompanhamento nutricional no CAC.

Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 85935518.4.0000.0023

Antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi solicitada à instituição participante a assinatura no Termo de Aceite Institucional (APÊNDICE C). A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do referido comitê e assinatura dos participantes do TCLE. Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

RESULTADOS

Foram excluídos 4 participantes por não responderem todas as questões e também por não assinarem o TCLE conforme preconizado no critério de inclusão.

Com a aplicação do questionário, obtiveram-se os seguintes dados: 61 indivíduos de ambos os sexos, predominando o sexo feminino, com 70% (n=43), e homens 30% (n=18), (Tabela 1). A idade variou de 18 a 71 anos, sendo a média de idade dos indivíduos de 37 anos. Em relação à escolaridade dos indivíduos, 23% tinham o ensino superior completo (n=14), 23% tinham ensino superior incompleto (n=14), 48% possuíam ensino médio (n=28) e 8% o ensino fundamental (n=5), (Tabela 2). A média de IMC foi de 27,75 Kg/m² (sobrepeso), com o máximo de 37,33 Kg/m² (obesidade grau II) e mínimo de 15,43 Kg/m² (abaixo do peso).

Em relação aos dados obtidos do questionário ECAP, 70% (n=43) dos indivíduos tiveram escore menores do que 17, portanto se caracterizando sem CAP. Já 22% (n=13) dos indivíduos apresentaram escore maiores que 17 e menores que 30, que é sugestivo a CAP moderada, e 8% (n=5) marcaram mais de 30 pontos no escore, sugestivo a CAP grave (Tabela 3).

Ao destrinchar as informações colhidas dos indivíduos sugestivos a desconroles alimentares, notou-se que, a maioria dos que foram identificados com CAP moderada, eram do sexo feminino, 92% (n=12), e a média de IMC foi de 29,97 Kg/m² (sobrepeso). Já a amostra sugestiva de CAP grave, apresentou como totalidade mulheres (n=5), com média de IMC de 27,94 Kg/m² (sobrepeso).

Tabela 1: Divisão dos participantes por sexo, Brasília- DF, 2018.

Divisão por sexo	N	%
Homens	18	30%
Mulheres	43	70%

Tabela 2: Divisão dos participantes por escolaridade, Brasília- DF, 2018

Divisão por escolaridade	N	%
Ensino superior completo	14	23%
Ensino superior incompleto	14	23%
Ensino médio	28	48%
Ensino fundamental	5	8%

Tabela 3: Classificação dos participantes em relação ao escore ECAP, Brasília- DF, 2018.

Classificação da CAP pelo escore	N	%
<17 (sem CAP)	43	70%
>17 e <30 (CAP moderada)	13	22%
>30 (CAP grave)	5	8%

DISCUSSÃO

Analisada a amostra, notou-se que, tanto indivíduos com CAP moderada, quanto com CAP grave estavam com a média de IMC classificada em sobrepeso, com média de idade de 35 anos, e em sua maioria, era constituída pelo sexo feminino. Observa-se que as mulheres estão mais interligadas a eventos relacionados ao comportamento alimentar, tal qual podendo provocar alterações de modo negativo, que implicam no relacionamento com a comida. Um estudo conduzido por Silva e Sousa (2016), (Tabela 4), corrobora com esse dado, eles analisaram 100 indivíduos, de maioria do sexo feminino (76%), com faixa etária média de 41,12 anos, dos 100 entrevistados, 3% foram diagnosticados com CAP grave, e destes, 66,7 % foram diagnosticados com sobrepeso e 33,3% com obesidade grau I. Dos que desenvolveram CAP moderada (20%), 15,5% foram diagnosticados com sobrepeso, 19,3% com obesidade grau I, 66,6% com obesidade grau II.

Outro estudo conduzido por Wietzikoski e colaboradores (2014), (Tabela 4), analisaram 120 participantes, do sexo feminino, com idade média de 35,25 anos, que apresentaram 26,64% em diagnóstico de sobrepeso e 32,06% em obesidade. Dos indivíduos, 15% apresentaram CAP moderada, e 5% CAP grave. Os entrevistados com maior IMC apresentaram pontuação mais elevada na ECAP, o que refletiu maiores riscos à população.

Um estudo transversal de Klobukoski e Höfelmann (2017), (Tabela 4), com 360 participantes adultos, com média de idade de 43,1 anos, sendo a maioria do sexo feminino (85,6%), com mediana de IMC de 30,1 Kg/m², mostrou que, da amostra, 51% foram identificadas com obesidade, e 41,6% apresentaram escores referidos à compulsão alimentar, verificou-se também que a prevalência do desfecho foi maior entre mulheres. Outro estudo transversal conduzido por Coronado e Brenes (2013),

(Tabela 4), teve como objetivo determinar a prevalência de transtorno alimentar compulsivo em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Eles realizaram um questionário com 158 indivíduos, entre 23 a 64 anos, com média de 51,8 anos. Entre os que realizaram a pesquisa, o IMC médio foi de 33,0 Kg/m², com predominância de sobrepeso e obesidade I (32,9% e 33,5% respectivamente). A prevalência de transtorno de compulsão alimentar foi de 33,5%, o que representou 1/3 da amostra clínica.

Prisco e colaboradores (2013), (Tabela 4), conduziram um estudo de coorte transversal exploratória, trazendo dados a respeito de características sociodemográficas (ex: idade, sexo e escolaridade) e suas implicações no desenvolvimento da CAP. Os dados consistiam em 1.273 trabalhadores locais, de maioria do sexo feminino (60,2%) e predominância dos mais jovens (até 35 anos). A maioria dos entrevistados tinham ensino médio (51,5%) e apenas 4,5% tinham nível superior. A prevalência de CAP foi de 4,3% nos indivíduos, sendo similar entre os sexos, exacerbando-se nos mais jovens (até 35 anos de idade), sendo 2,22 vezes maior que nos outros. Os jovens entrevistados que estavam insatisfeitos com a própria aparência/peso tiveram prevalência de CAP 4,22 vezes maior. Observaram também que a prevalência de CAP foi maior em indivíduos de baixa renda. A população atendida no ambulatório de nutrição do CAC se assemelha a do estudo citado, que se caracteriza como baixa renda, público alvo dos atendimentos que são realizados no local.

A amostra clínica colhida deste estudo abrangeu uma heterogeneidade em relação aos IMC, com números máximos chegando a 37,18Kg/m², o que exemplifica a relação de indivíduos com IMC de obesidade e transtornos alimentares. Um estudo que colheu dados de indivíduos do sexo feminino, que apresentavam IMC \geq 35 Kg/m² (obesidade grau II) também trouxe essa relação, corroborando com alguns dados analisados. No estudo conduzido por Melo, peixoto e silveira (2015), (Tabela 4), tiveram amostra final de 94 pacientes, com idade média de 37,7 anos e peso médio de 119,2 Kg. A prevalência de compulsão alimentar nesses indivíduos foi de 53,2%. Desses, 28,7% classificaram-se com CAP moderada e 24,5% com CAP grave, com maior prevalência de CAP em mulheres entre 40-49 anos.

Ao coletar informações sociodemográficas (sexo, idade, peso e altura) e socioeconômicas (escolaridade) dos pacientes do ambulatório de nutrição do CAC, não foram possíveis estabelecer relação direta entre compulsão alimentar e a variável de escolaridade. Klobukoski e höfelmann (2017) e Prisco e colaboradores (2013), (Tabela 4), também analisaram essa variável, porém não relacionaram causa e efeito, o que sugere que a CAP não se restringe a uma classe apenas, mostrando uma heterogeneidade a respeito da compulsão alimentar. Ambos mostraram a prevalência maior em indivíduos do sexo feminino, e jovens de média de idade de 35 anos, o que mostra que a compulsão está presente em indivíduos de menor idade e do sexo feminino.

Os panoramas socioculturais ocidental, de extrema valorização da magreza, com a pressão para o emagrecimento interagindo com outros fatores biológicos, psicológicos e familiares, geram uma preocupação com o corpo e um medo exacerbado de engordar. Essa pressão ocorre, principalmente, com as mulheres para quem a aparência física é relacionada a um valor pessoal e se associa com sucesso profissional, autonomia financeira e independência. A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornecem o ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e “modernidade”. Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a grande maioria da população (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

A dieta mostra relação com os transtornos alimentares e favorece o surgimento destes. Gowers e shore (2001) abordaram o assunto de dietas e transtornos. Segundo os autores, a dieta pode então resultar no desenvolvimento de um transtorno alimentar através de um ciclo vicioso de ganho de peso e preocupação com a forma do corpo. Porém os transtornos alimentares têm sido considerados por muito tempo como uma origem multifatorial, o que sugere que a dieta é mais um dos gatilhos para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Um estudo de revisão conduzido por

Bernardi e colaboradores (2005) mostraram que as pessoas que realizam dietas restritas possuem momentos de desinibição na alimentação, que levam ao aumento da ingestão energética e se caracteriza como um episódio de compulsão, e que restringir o consumo energético pode favorecer manifestações psicológicas, como preocupação com comida e em comer, aumento da responsabilidade emocional e mudanças de humor e distração.

Cabe salientar também o papel da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) em indivíduos que desenvolvem ou estão susceptíveis a desenvolver episódios de compulsão alimentar. A EAN tem o objetivo de facilitar a adoção voluntária de comportamentos alimentares que promovam a saúde e o bem-estar, deve ser considerado não apenas de acordo com o diagnóstico do transtorno, mas também deve levar em consideração o padrão alimentar e o conhecimento nutricional do paciente. Deve ser estendida às famílias, pois melhora a eficácia das intervenções educacionais, facilitando a aplicação prática e a adesão de todos os membros aos novos modelos comportamentais propostos (CANDELA *et al*, 2018).

Os indivíduos que realizam atendimento nutricional no ambulatório de nutrição do CAC têm auxílio de profissionais e estudantes da área de nutrição, que buscam promover a alimentação adequada e saudável e o cuidado à saúde, entretanto vale destacar a possibilidade do uso de instrumentos para o diagnóstico da CAP, tornando assim importante o rastreamento de possíveis transtornos alimentares de modo a auxiliar os profissionais diante os problemas com a alimentação e possivelmente a atuação multidisciplinar no tratamento dos pacientes.

Tabela 4: Estudos que avaliaram a compulsão alimentar.

Referência	Desenho do estudo	Amostra	Resultados	Conclusão
SILVA & SOUSA (2016)	Observacional, de caráter transversal	100 indivíduos de ambos os sexos	76% sendo mulheres, com média de idade de 41,12 anos. 3% foram diagnosticados com CAP grave e 20% com CAP moderada.	1/3 dos indivíduos apresentaram algum grau de compulsão alimentar relacionado com alteração do estado nutricional
WIETZIKOSKI et al, 2014	Quantitativo	120 indivíduos do sexo feminino	26,64% de indivíduos com sobrepeso e 32,06% com obesidade. 15% apresentaram CAP moderada e 5% CAP grave. Relação positiva entre >peso >CA	Os indivíduos com maior IMC apresentaram maiores escores na ECAP. Os indivíduos de faixa etária entre 20-39 anos apresentaram pontuações mais elevadas
Klobukoski & Höfelmann, 2017	Transversal	360 indivíduos de ambos os sexos	85,6% da amostra era do sexo feminino, com mediana de IMC de 30,1 Kg/m ² , sendo 51% dos indivíduos obesos, e 41% desenvolveram compulsão alimentar	Prevalência de compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso, e mulheres apresentaram prevalência 2,43 vezes maior de compulsão alimentar em relação aos homens
Coronado & Brenes, 2013	Transversal	158 indivíduos de ambos os sexos	A prevalência do transtorno estava presente em 1/3 da amostra	Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as manifestações e o grau de excesso de peso, sexo e idade. Contudo, são significativamente associados a mais

					sofrimento e preocupação com o peso e a figura
Melo, Peixoto & Silveira, 2015	Transversal	94 pacientes	Prevalência de compulsão alimentar de 53,2%. Desses 28,7% foram classificados com CAP moderada e 24,5% com CAP grave	de	Alta prevalência de compulsão alimentar em mulheres gravemente obesas, com associação estatisticamente significativa com a faixa etária de 40 a 49 anos
Prisco et al, 2013	Coorte transversal exploratório	1.273 trabalhadores	Prevalência de CAP de 4,3%	de	Revelou prevalência de CAP acima da literatura

CONCLUSÃO

Os sinais de compulsão alimentar se mostraram presentes através da aplicação do questionário, que foi utilizado com o intuito de rastrear possíveis alterações no comportamento alimentar. Os resultados se mostraram presente principalmente em mulheres, com IMC elevado e idade jovem, o que sugere que esse grupo pode estar mais vulnerável a episódios de descontrole alimentar, por conta da sua relação maior entre alimentação e controle de peso corporal, preocupação com a própria imagem e influência de mídias a respeito do corpo ideal.

Os transtornos alimentares têm causas multifatoriais. A restrição alimentar pode ser mais um dos fatores favoráveis ao desenvolvimento de alterações no controle alimentar, por causar alterações em fatores psicológicos da relação entre o ato de comer e o indivíduo, que prejudica a relação dos mesmos com os alimentos.

Torna-se necessário a investigação mais a fundo do tema, através também de outros questionários a respeito de compulsão alimentar, e consumo alimentar dos indivíduos, para estabelecer uma melhor relação entre o consumo alimentar e compulsão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CANDELA, C.G.; MILLA, S.P.; TORRE, A.M.; ORTEGA, P.R.; MARTIN, P.M.; KOHEN, V.L.; PORTILLO, R.C.; CASAS, M.N.V.; OLMOS, M.A.M.; ÁLVAREZ, M.T.M.; ALIJA, M.J.C.; MARTÍN-PALMERO, A. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. **Nutr. Hosp.**, Madrid , v.35, p. 489-494, 2018.

CASTRO CORONADO, A.L.; RAMIREZ BRENES, A.L. Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. **Rev. costarric. salud pública**, San José , v. 22, n. 1, p. 20-26, June 2013 .

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 215-220, Dec. 2001 .

GOWERS, S.G.; SHORE, A. Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. **Br J Psychiatry**. 2001.

JESUS, A.D.; BARBOSA, K.B.F.; SOUZA, M.F.C.; CONCEIÇÃO, A.M.S. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v.11. n.63. p.187-196. Maio./Jun. 2017.

KLOBUKOSKI, C.; HOFELMANN, D.A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 443-452, Dec. 2017 .

Lu, Q.; TAO, F.; HOU, F.; ZANG, Z.; REN, L. Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A populationbased study in Chinese adolescents. **Appetite**. London, v. 99, p. 149-156, 2016.

MELO, P.G.; PEIXOTO, M.R.G; SILVEIRA, E.A. Binge eating prevalence according to obesity degrees and associated factors in women. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 2, p. 100-106, Junho. 2015.

NUNES, R. M. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Mar. 2012. Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Biológicas, Departamento de Nutrição. Campus Universitário, Juiz de Fora, Minas Gerais.

PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro?. **Rev Bras Psiquiatr.** 2001.

PRISCO, A.P.K.; ARAÚJO, T.M.; ALMEIDA, M.M.G.; SANTOS, K.O.B. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1109-1118, Apr. 2013 .

SILVA, B.Y.C.; SOUSA, M.E.S. Prevalência de compulsão alimentar periódica e avaliação do consumo alimentar de indivíduos com excesso de peso. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, Jul./Set., 2016.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J.S.N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 19, n. 6, p. 693-704, Dec. 2006 .

WIETZIKOSKI, E.C; ANELLI, D.; SATO, S.W; COSTA, L.D; FRANÇA, V.F. Prevalência de compulsão alimentar periódica em indivíduos do sudoeste do Paraná. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p, 173-179, set/dez. 2014

Apêndice A

Nº _____

Olá, você estará completando este questionário a respeito do seguinte tema: Compulsão alimentar. Mas antes preciso que responda as próximas perguntas.

Idade:

Escolaridade: () Sem escolaridade () Ensino fundamental

() Ensino Médio Ensino Superior completo () incompleto ()

Sexo: () Feminino () Masculino

PESO: ALTURA: A quanto tempo é atendido no CAC?

Agora vamos ao questionário. Leia as afirmações e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar

MARQUE APENAS UMA OPÇÃO:

Afirmativa 1

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

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

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

() 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.

Afirmativa 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, sentindo-me 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.

Afirmativa 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 mais 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.

Afirmativa 4

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

() 2. Às vezes eu como quando estou chateado (a), mas, frequentemente, 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 outra 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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”.

Afirmativa 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 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).

Afirmativa 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”.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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.

Afirmativa 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 ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Obrigado por ter preenchido as afirmativas, sua participação foi de extrema importância para nossos dados!

Apêndice B

Tabela para classificação da CAP através do escore do questionário

Veja tabela abaixo para os resultados

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 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	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	-

FONTE: FREITAS, 2001.

Resultados:

Menor ou igual 17 = normal

Entre 17 e 30 = variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito) –
Compulsão Alimentar Periódica moderada

30 ou mais = Compulsão alimentar Periódica Grave

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“A restrição alimentar e seus impactos no comportamento alimentar”

Centro Universitário de Brasília

Professor Orientador: Maína Ribeiro Pereira Castro

Telefone: (61) 99655-5166/ E-mail: maina.pereira@ceub.edu.br

Pesquisador Assistente: Gabriel Lins Ferreira

Telefone: (61) 98301-8820/ E-mail: gabriel.lins@sempreceub.com

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é verificar se indivíduos em processo de restrição alimentar cognitiva estão susceptíveis a desenvolver episódios de descontrole alimentar, e que podem ou não se caracterizar como compulsão alimentar.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por conta do

atendimento nutricional que realiza no centro de atendimento à comunidade.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder o questionário acerca da compulsão alimentar.
- Os procedimentos são: preenchimento do TCLE e do questionário, preenchimento do questionário a cerca da compulsão alimentar, informar o peso e altura ao pesquisador assistente.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no centro de atendimento à comunidade (CAC) endereço: Setor Comercial Sul, Quadra 1, Edifício União, Brasília-DF.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos.
- Medidas preventivas como explicação do tema do estudo, como acontecerá a aplicação do questionário serão tomadas durante o procedimento para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você irá contribuir para um maior conhecimento sobre os impactos de uma restrição alimentar no comportamento dos indivíduos.
-

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados (questionário, termo de consentimento e informações a cerca do peso e altura) ficarão guardados sob a responsabilidade de GABRIEL LINS FERREIRA com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília - DF, ___ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador Responsável: Maína Ribeiro Pereira Castro

Pesquisador Assistente: Gabriel Lins Ferreira

Apêndice D

À

Karina Mendonça

Coordenadora do curso de nutrição

Eu, _____
responsável pela pesquisa “A restrição alimentar e seus impactos no comportamento alimentar”, solicito autorização para desenvolvê-la no centro de atendimento à comunidade, no período de _____ à _____. O estudo tem como objetivo avaliar se indivíduos com sobrepeso e obesidade, em processo de restrição alimentar cognitiva, desenvolvem alterações no comportamento alimentar de forma negativa, ocasionando uma compulsão alimentar; será realizado por meio dos seguintes procedimentos: assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, preenchimento do questionário a respeito da compulsão alimentar e aferição de peso e altura e terá _____ participantes.

Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Pesquisador responsável

Pesquisador assistente

O/A _____(chefe, coordenador/a, diretor/a) do/a (escola, academia, serviço, clínica, centro de saúde, hospital), (Dr^a. Prof^a. Diretor/a Nome do responsável) vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Nome e carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto