

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO

RELAÇÃO ENTRE ADESÃO AO TRATAMENTO DIETÉTICO E PRESENÇA DE
TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA EM PACIENTES
OBESOS

Rafaela Fernandes Mundstock

Porto Alegre

2019

RAFAELA FERNANDES MUNDSTOCK

Relação entre adesão ao tratamento dietético e presença de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em em Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Michielin Busnello

Porto Alegre

2019

Catálogo na Publicação

Mundstock, Rafaela Fernandes

Relação entre adesão ao tratamento dietético e presença de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos / Rafaela Fernandes Mundstock. -- 2019.

59 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, 2019.

Orientador(a) : Fernanda Michielin Busnello.

1. Obesidade. 2. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. 3. Adesão ao tratamento dietético. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Fádía (*in memoriam*), pois tenho certeza que ela amaria viver este momento comigo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, em algum momento durante o Mestrado, entraram em meu caminho. Obrigada a todos os professores que me auxiliaram, colegas com quem dividi dúvidas e angústias e estagiárias que compartilhei momentos no Ambulatório de Nutrição Metabólica.

Agradeço à Chaiane Tilton, Daiane Kuskoski, Giullia Magueta e Raquel Boehl, estudantes de iniciação científica, pela disponibilidade e auxílio durante a coleta de dados do estudo. A ajuda de vocês foi especial.

Agradeço à minha orientadora, Fernanda Busnello, por aceitar este desafio comigo e, ao longo de toda a caminhada, me transmitir diversos ensinamentos.

Agradeço as minhas colegas e amigas Elana Stein, Laura Dresch Neumann, Luísa Schiavini e Micheli Tarnowski. Vocês foram essenciais nessa caminhada.

Agradeço aos meus amigos por sempre demonstrarem muito orgulho por me ver crescer e alcançar esta conquista. Em especial, ao Calvin Braga, Bruna Sanzi, Júlia Goulart e Lara Hatscha.

Agradeço aos meus pais, Fabiane e Fábio Mundstock, por me darem a oportunidade de estudar e por me incentivarem a ser uma profissional batalhadora. Obrigada pelo amor e carinho.

SUMÁRIO

RESUMO	9
REFERENCIAL TEÓRICO	11
JUSTIFICATIVA	22
OBJETIVOS	23
Objetivo geral.....	23
Objetivos específicos.....	23
LISTA DE REFERÊNCIAS	24
ARTIGO	31
Resumo.....	31
Introdução.....	32
Métodos.....	34
Análise estatística.....	36
Resultados.....	37
Discussão.....	39
Conclusão.....	45
Lista de referências.....	45
Tabelas.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
ANEXOS	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....52
Tabela 2.....53
Tabela 3.....55
Tabela 4.....56

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO = Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica

CEP = Comitê de Ética e Pesquisa

CC = Circunferência da cintura

CP = Circunferência do pescoço

DCNT = Doença Crônica Não-Transmissível

DCV = Doença Cardiovascular

DM = Diabetes Mellitus

DSM-V = Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais – 5ª edição

ECAP = Escala de compulsão alimentar periódica

EM = Entrevista Motivacional

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSI = *Institute for Clinical Systems Improvement* (Instituto de Melhoria de Sistemas Clínicos)

IMC = Índice de Massa Corporal

IPAQ = *International Physical Activity Questionnaire* (Questionário Internacional de Atividade Física)

MT = Modelo Transteórico

NCEP-ATPIII = *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (Programa Nacional de Educação sobre Colesterol – Painel de Tratamento de Adultos III)

OMS = Organização Mundial da Saúde

POF = Pesquisa de Orçamentos Familiares

QFA = Questionário de frequência alimentar

SUS = Sistema Único de Saúde

TA = Transtornos alimentares

TANE = Transtornos Alimentares Não-Especificados

TCAP = Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH = Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade

VET = Valor Energético Total

VIGITEL = Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

RESUMO

A obesidade, é classificada uma doença crônica não-transmissível (DCNT) e considerada um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Junto a ela, se manifestam diversas comorbidades metabólicas. Todos os anos as taxas de obesidade aumentam, havendo uma projeção de até 700 milhões de indivíduos obesos em 2025. A obesidade é definida pelo acúmulo anormal de gordura e é diagnosticada através do Índice de Massa Corporal (IMC) e outras medidas antropométricas, como a circunferência da cintura (CC) e do pescoço (CP). Entre os fatores que levam à obesidade, identificamos os genéticos, comportamentais, sociais e emocionais. A alimentação está envolvida com aspectos psicológicos desde a amamentação e, assim, afirmamos que não se pode separar o alimento do afeto. Porém, há algum tempo a alimentação se tornou um inimigo social, dando espaço para a prática de dietas restritivas. Este estilo de dieta desequilibrado é visto como um risco a saúde, possibilitando o desenvolvimento de transtornos alimentares. Dentre os transtornos alimentares, o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é o que mais afeta os obesos, principalmente aqueles que buscam tratamento para a sua patologia. O consumo de alimentos em excesso pode ser ocasionado por uma necessidade de aliviar sintomas de estresse, porém este efeito é momentâneo. A presença deste transtorno está relacionada com outros problemas de saúde como transtorno de humor, personalidade e impulsividade. Seu rastreamento é realizado através de uma ferramenta chamada Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). A compulsão alimentar é um dos determinantes para uma baixa adesão dietoterápica, a qual é baixa em pacientes com doenças crônicas. Diversos outros motivos justificam uma baixa taxa na adesão às orientações nutricionais, entre eles o baixo conhecimento sobre o que é considerado saudável, tratamentos nutricionais prévios e presença de depressão. Devido ao fato de que a aceitação a uma dieta saudável é essencial para o sucesso do tratamento da obesidade, neste trabalho avaliaremos a relação entre o transtorno de compulsão alimentar e a adesão ao tratamento em indivíduos obesos, com o objetivo de esclarecer se o TCAP pode ser visto como uma barreira para a perda de peso.

ABSTRACT

Obesity is classified as a chronic non-communicable disease (CNCD) and is considered one of the biggest public health problems in the world. Along with it, several metabolic comorbidities manifest themselves. Obesity rates are increased every year, with a projection of up to 700 million obese individuals by 2025. Obesity is defined by abnormal fat accumulation and is diagnosed through Body Mass Index (BMI) and other anthropometric measures, such as waist (WC) and neck circumference (NC). Among the factors that lead to obesity, we identify the genetic, behavioral, social and emotional. Feeding is involved with psychological aspects since breastfeeding and thus we assert that we can not separate food from affection. However, for some time, food has become a social enemy, giving room for the practice of restrictive diets. This unbalanced diet style is seen as a health risk, enabling the development of eating disorders. Among eating disorders, binge eating disorder (BED) is what most affects obese people, especially those who seek treatment for their condition. Excessive food consumption can be caused by a need to relieve stress symptoms, but this effect is momentary. The presence of this disorder is related to other health problems such as mood disorder, personality disorder and impulsivity. Its tracking is performed through a tool called Binge Eating Scale (BES). Binge eating is one of the determinants of low dietary adherence, which is low in patients with chronic diseases. Several other reasons justify a low rate of adherence to nutritional guidelines, including poor knowledge of what is considered healthy, previous nutritional treatments and the presence of depression. Due to the fact that acceptance to a healthy diet is essential for the success of obesity treatment, in this work we will evaluate the relationship between binge eating disorder and adherence to treatment in obese individuals, with the aim to clarify whether BED can be seen as a barrier to weight loss.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública¹. Ao longo das últimas décadas, foi observado um processo de transição nutricional: se antes as taxas de desnutrição eram altíssimas, hoje elas dão lugar ao aumento constante na prevalência da obesidade e, esta, é capaz de levar a diversas comorbidades². Na América Latina, a obesidade representa a maior ameaça nutricional, onde um a cada quatro indivíduos adultos apresenta obesidade. Todos os anos há um aumento no número de obesos em 3,6 milhões de pessoas só nessa região, sendo uma situação de difícil controle³.

A partir de dados disponibilizados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) observou-se um crescimento da população obesa em 60% ao longo de 10 anos (2006-2016)⁴. A partir de estudo feito também pelo VIGITEL, foi analisada a prevalência de excesso de peso e obesidade entre os adultos em cada um dos 27 estados brasileiros e constatou-se que entre 14,5 a 23,8% da população estavam com sobrepeso ou obesidade. Porto Alegre, capital gaúcha, apresentou uma taxa de 19,9% de obesos em seus habitantes⁵. Além disso, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) afirma uma projeção de 700 milhões de portadores da obesidade para 2025⁶.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define obesidade como acúmulo anormal de gordura, podendo ser prejudicial à saúde. É uma doença crônica não transmissível (DCNT), ou seja, persiste por longos períodos de tempo e tem progressão lenta. É de etiologia complexa e multifatorial, onde a inter-relação de diversos fatores como genéticos, socioculturais, comportamentais e emocionais são capazes de estabelecer e sustentar o fenótipo obeso⁷.

Diversos estudos sugerem que pelo menos 127 genes estariam relacionados com o desenvolvimento da obesidade. Estes genes estariam associados à regulação do balanço energético, diferenciação celular dos adipócitos, termogênese adaptativa, entre outros sinais⁸. Apesar da ascensão dos estudos abordando genética e obesidade, o efeito de todos os *locus* (local fixo em um cromossomo onde se encontra certo gene) conhecidos retrata de 2-4% da heritabilidade total da obesidade⁹.

Palou e Bonet descrevem que fatores emocionais podem afetar o equilíbrio corporal levando a mudanças na predisposição da obesidade, pois sabe-se que o cérebro obtém função central na nossa alimentação. Entender o modo como ocorre a motivação para comer de forma não fisiológica é fundamental. Da mesma forma, fatores socioculturais e comportamentais são capazes de interferir na manutenção do peso dos indivíduos^{10,11}. Bauer e colaboradores estudaram 2706 adolescentes e observaram que aqueles com obesidade grave eram mais encorajados pelos pais a iniciarem uma dieta restritiva, recebiam provocações em relação ao seu peso em casa ou na escola, apresentavam baixa autoestima, depressão, insatisfação com o corpo e transtorno de compulsão alimentar periódica com maior frequência¹².

Medidas antropométricas são utilizadas para o diagnóstico da obesidade. O primeiro é conhecido como índice de massa corporal (IMC). Este é um parâmetro que utiliza o peso e a altura do indivíduo a fim de classificá-lo conforme seu estado nutricional. É calculado da seguinte forma: peso (quilogramas) / altura² (metros). A partir de seus pontos de corte, convencionou-se chamar de obesidade grau I o IMC 30-34,9kg/m², grau II IMC ≥ 35-39,9kg/m² e grau III ≥ 40kg/m². Educar os pacientes sobre o IMC e seus riscos apresenta forte recomendação segundo o *Health Care Guideline – Prevention and Management of Obesity in Adults*, escrito pelo *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*¹³.

Enquanto o IMC não reflete diretamente a massa gordurosa, podendo subestimar ou superestimar a adiposidade, a circunferência da cintura (CC) é aferida com o objetivo de avaliar corretamente o conteúdo de gordura visceral. É considerada um preditor de fatores de risco e morbidade relacionada à obesidade, uma vez que a gordura visceral é considerada um órgão metabolicamente ativo e o excesso de gordura nesta região é positivamente associada com o desenvolvimento de DCV (doenças cardiovasculares)^{14,15}

A medida é aferida no ponto médio entre a borda costal e a crista ilíaca. Os pontos de corte adotados para a população brasileira correspondem à referência dos sul-asiáticos: ≥ 90cm para homens e ≥ 80 para mulheres, conforme a Federação Internacional de Diabetes. Já de acordo com o *National Cholesterol Education Program (NCEP) – Adult Treatment Panel III (ATP-III)*, os pontos de corte para homens e mulheres são 102cm e 88cm, respectivamente⁷.

Além dos métodos tradicionais para avaliação antropométrica, atualmente tem sido utilizada a circunferência do pescoço (CP) como indicador de adiposidade.

Estudo de Barbosa e colaboradores concluiu que a CP apresenta correlação positiva com outras medidas antropométricas, como IMC e CC. É associada à gordura subcutânea presente na porção superior do corpo, a qual é metabolicamente ativa. Deve ser aferida na cartilagem cricótireoidea e seu ponto de corte sugerido é 31,1cm^{16,17}.

A obesidade já foi considerada uma doença exclusiva dos países desenvolvidos, porém tanto o sobrepeso quanto a obesidade estão aumentando de forma ativa em países de menor renda. Apesar dos países em desenvolvimento seguirem lutando contra a desnutrição e carências nutricionais, alimentos ricos em açúcar e gordura se fazem cada vez mais presentes no dia-a-dia dos indivíduos¹⁸.

Por si só, a obesidade já é uma condição associada à redução da expectativa de vida¹. Resultados publicados em 2003 referentes ao *Framingham Heart Study* mostrou que houve uma grande redução na expectativa de vida de indivíduos com sobrepeso e obesidade¹⁹.

Além disso, o peso excessivo aumenta de forma significativa o risco para doenças como resistência à insulina, diabetes, hipertensão, dislipidemia, síndrome metabólica, distúrbios respiratórios, doença hepática não-alcoólica, câncer e DCV²⁰. A última é a principal causa de mortes no mundo. A maioria destas mortes poderiam ser amplamente evitadas, considerando que são fortemente influenciadas pelos chamados “fatores comportamentais”, os quais incluem dieta inadequada e prática de atividade física²¹.

Artigos na literatura avaliaram a expectativa de vida de obesos com e sem diabetes mellitus (DM) e DCV. Ao contrário do estudo de Peeters e col citado anteriormente, nenhum deles apontou mudanças na expectativa de vida geral quando a obesidade estava isolada, porém mulheres e homens apresentaram redução no tempo de vida livre das duas comorbidades. Em relação a diabetes, houve redução no tempo livre da doença em 2,8 e 4,7 anos, para mulheres e homens, respectivamente; enquanto para DCV, a expectativa de vida livre da doença foi menor em 1,9 e 2,6 anos, para mulheres e homens, respectivamente^{22,23}.

Apesar de ser uma doença evitável, é de difícil manejo quando instalada. O tratamento da obesidade inclui mudanças no estilo de vida (alimentação saudável e prática de atividade física) e, quando necessário, medicação, sendo a última opção o tratamento cirúrgico. O controle de peso deve ser feito através de abordagem multidisciplinar¹³. O objetivo do tratamento desta DCNT é muito mais amplo do que a

simples perda de peso. Inclui a redução do risco e melhora da saúde. Benefícios clínicos significativos podem ser alcançados mesmo com perda de peso modesta, ou seja, 5-10% do peso corporal inicial²⁴.

Para que haja uma redução no peso corporal, deve existir um déficit calórico. As principais organizações nacionais e internacionais de obesidade preconizam, dentro do tratamento não-farmacológico para a obesidade, a distribuição equilibrada dos macronutrientes: 55-60% de calorias provenientes de alimentos do grupo dos carboidratos, 15-20% de proteínas e 20-30% de lipídios^{7,13,25}. E para quantificar e avaliar a ingestão destes macronutrientes, um instrumento bastante utilizado é o diário ou registro alimentar. Ele, junto ao recordatório alimentar de 24 horas, é o método de avaliação de consumo mais adequado quando queremos nos informar de forma detalhada sobre os alimentos e suas quantidades ingeridos. O paciente registra em formulário específico para isso todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo do dia. Preconiza-se o registro de três a sete dias, em dias alternados, incluindo, pelo menos, um dia de final de semana. Assim como todos os outros inquéritos alimentares, o diário alimentar apresenta diversos benefícios e limitações. Entre seus pontos fortes, podemos citar o fato de ele não depender da memória do indivíduo, pois deve ser preenchido no momento da refeição. Além disso, ao ter acesso ao consumo de no mínimo três dias alternados, é possível observar, de maneira mais próxima possível, o consumo habitual do indivíduo. Entretanto, por saber que está sendo observado, o sujeito pode alterar o consumo. É necessário que o participante seja alfabetizado, esteja motivado e disposto a cooperar, além de obter conhecimento de medidas caseiras²⁶.

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico, porém pode haver atuação de fatores emocionais e estresse interpessoal no desenvolvimento do quadro⁷. Estudos mostram que experiências de estresse no dia-a-dia contribuem para alteração do apetite, ocasionando aumento na ingestão de alimentos e, conseqüentemente, compulsão alimentar, com isso, podendo levar a ganho de peso e obesidade^{27,28}. Inclusive, a literatura sugere intervenções visando redução de estresse, ansiedade, nervosismo e outros para que, dessa forma, suas conseqüências sejam amenizadas, podendo melhorar o estado de saúde da população e reduzir a mortalidade²⁸.

É possível identificar uma conexão da alimentação com aspectos psicológicos desde o início da vida, relacionados principalmente à época do aleitamento materno

e desmame. A alimentação é responsável pelos aspectos positivos da vida mental inicial, através da boca, mama, sensação de fome e marca mnêmica. O indivíduo começa a conhecer as sensações de gratificação, frustração, voracidade e aidez, formando sua visão do mundo²⁹.

O alimento é inseparável do afeto: toda e qualquer sensação e vivências que experimentarmos serão cruciais em nosso comportamento alimentar. A forma da qual cada indivíduo lida com essas situações é muito particular e peculiar²⁹.

E em que momento a alimentação tomou o papel de inimigo social, causador de diversos problemas psicológicos como a ansiedade, sensação de culpa e aflição?²⁹. Mesmo que o próprio Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, traga o conceito da alimentação como um dos prazeres da vida³⁰, o ato de comer é um problema nos dias atuais

O mundo moderno trouxe consigo o estigma da obesidade como algo negativo, onde o obeso é visto como preguiçoso ou considerado culpado por não agir da maneira correta para mudar sua condição. Em suma, ser obeso é sinal de fraqueza. E a mídia é um dos meios onde há maior pressão para um corpo perfeito. Isso é finalizado em forma de discriminação³¹. Um estudo, realizado em 2003, analisou a participação de personagens com excesso de peso em programas populares e que eram levados ao ar em horário nobre nos Estados Unidos. Os autores concluíram que estes personagens apareciam com menor frequência quando comparados aos personagens eutróficos e eram considerados com periodicidade reduzida para papéis principais, eram alvos de piada, eram vistos comendo fora de controle e não costumavam se envolver em relacionamentos amorosos³².

Para muitos indivíduos com excesso de peso, a solução é uma dieta restritiva, pois tanto o sobrepeso quanto a insatisfação corporal incentivam esta prática. Ou seja, quantidades e grupos alimentares controlados e, como o próprio nome já diz, restritos³³. E possivelmente elas funcionarão e trarão o resultado esperado: uma perda de peso rápida⁷. Uma revisão abordando as dietas para emagrecimentos afirma que, independente da distribuição de macronutrientes, uma restrição referente às calorias da dieta é capaz de apresentar uma perda de peso inicial de 5%³⁴. Porém a própria ABESO não recomenda dietas chamadas *very-low calorie diets*, ou seja, dieta de muito baixas calorias, sendo estas entre 400 e 800kcal/dia. Isso se justifica pois, a longo prazo, não é possível ver diferença na perda de peso quando comparada com dietas equilibradas⁷.

Estudo de coorte de base populacional publicado no ano de 2012, comparou gêmeos nascidos entre 1975 e 1976, fazendo medidas antropométricas aos 16, 17, 18 e 25 anos de idade. No inquérito aplicado aos 25 anos, foi questionado quantas vezes ao longo da vida eles haviam perdido peso (no mínimo 5kg) de forma intencional, ou seja, realizando dietas por conta própria. Aqueles indivíduos que não praticaram nenhuma dieta restritiva ao longo dos seus 25 anos apresentaram menor IMC quando comparados aos que apresentaram perda de peso intencional uma ou duas vezes, que por sua vez apresentaram taxa de ganho de peso superior. Ambos os dados foram estatisticamente significativos. Quando os gêmeos eram comparados entre si, observou-se que 145 pares eram discordantes em relação às dietas restritivas: um havia feito e o outro não. O primeiro seguia com maior peso e IMC de forma estatisticamente significativa. A conclusão estabeleceu que quanto mais as pessoas se envolvem com a prática de dietas restritivas, mais ganham peso³⁵.

Ainda devemos considerar que fazer dieta é um risco para a saúde, pois é capaz de aumentar a preocupação com a comida, levando a maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e episódios de compulsão pós-dieta³⁶.

Transtornos alimentares (TA) são transtornos psiquiátricos, diagnosticados através de critérios fundamentados em características comportamentais, psicológicas e fisiológicas e são descritos como uma perturbação persistente na alimentação^{37,38}. Prévio ao diagnóstico, a condição clínica pode estar presente há algum tempo. Além disso, é possível que alguns casos passem despercebidos pois os comportamentos associados são secretos. Algumas circunstâncias são apontadas como fatores de risco para o surgimento dos transtornos alimentares. Sua etiologia é complexa, assim como a da obesidade. Entre eles o sexo, a alimentação na primeira infância e obesidade infantil, peso aumentado e preocupações/insatisfações com o tamanho e forma do corpo, discórdias familiares, autocritica negativa, situações de abuso sexual e/ou físico, abuso de substâncias, e demais traumas^{39,40}.

Entre os transtornos alimentares, encontra-se o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), antes classificado como Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE) e formalizado como um transtorno alimentar conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-V), de 2014. Alguns artigos se referem a ele como o menos conhecido dos transtornos alimentares. Nele, a compulsão alimentar é definida pela ingestão excessiva de alimentos, em um determinado período de tempo (geralmente inferior a duas horas), de forma que a

quantidade consumida supere o consumo normal da maioria das pessoas sob as mesmas circunstâncias. O manual ressalta que pequenos lanches, consumidos várias vezes ao dia, não são considerados compulsão alimentar^{20,37,41}.

Indivíduos com TCAP indicam maior desejo em comer, relatam comer emocional, comer com o objetivo de lidar com alguma situação⁴², e maior fome relacionado ao prazer, sendo motivados a se alimentar mesmo sem a presença da fome física ou necessidade de ingerir alimentos⁴³. Além disso, o indivíduo, ao apresentar o episódio de compulsão alimentar, também demonstra sensação de falta de controle, com grande dificuldade de evitar ou parar de comer após começar o episódio. Existe muito sofrimento envolvido com a situação e frequentemente os pacientes transtornados sentem culpa e vergonha de seus atos³⁸.

O distúrbio deve estar acompanhado de três ou mais sintomas: a) comer mais rapidamente do que o normal, b) comer até sentir-se cheio e desconfortável, c) se alimentar de maneira excessiva na ausência de fome física, d) realizar essas refeições sozinho por sentir vergonha do seu comportamento alimentar e, e) sentir-se mal consigo mesmo após os eventos. Não há associação de mecanismos compensatórios, como identificamos nos indivíduos com bulimia nervosa. Pacientes com TCAP não induzem o próprio vômito, não fazem exercícios de maneira excessiva e não ficam em jejum ou utilizam laxantes para perder o peso adquirido após a compulsão alimentar – eventos que ocorrem em pacientes com bulimia³⁸.

Afeto negativo, sentimentos negativos relacionados ao corpo e/ou alimentos, restrições alimentares, estressores interpessoais e tédio podem ser considerados gatilhos para a ocorrência da compulsão alimentar. Os eventos são capazes de amenizar os fatores que contribuíram para o desencadeamento dos mesmos, mas apenas a curto prazo³⁸.

O TCAP é o transtorno alimentar que geralmente aparece na idade adulta, é mais comum entre os obesos e é seriamente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que vão atrás de tratamento, podendo, inclusive, colaborar para o desenvolvimento desta condição clínica^{2,38}. Ao contrário da anorexia nervosa, o diagnóstico de TCAP está relacionado ao maior IMC. Enquanto a prevalência de TCAP não passa de 5% entre os indivíduos saudáveis, este valor sobe para 20%, podendo chegar a 30%, entre obesos em busca de intervenção profissional². Na população geral, a prevalência fica em torno de 2 a 3%^{44,45}. Apesar de a diferença

entre os sexos não ser tão alarmante quanto no caso dos demais TAs (como a anorexia e bulimia nervosa), ainda assim a prevalência é maior dentre as mulheres⁴⁶.

Indivíduos com TCAP tendem a não reconhecer sua doença e acabam não sabendo diferenciar suas emoções. Além da preocupação excessiva com o peso e forma corporal e uma psicopatologia em geral associada (depressão, estresse e ansiedade, sugere-se que os indivíduos obesos que sofrem com este transtorno são mais propensos a desenvolverem transtorno de humor, transtorno de personalidade (borderline)⁴⁷, apresentam maior comportamento impulsivo quando comparados a indivíduos obesos sem o transtorno ou àqueles de peso considerado adequado de acordo com o IMC^{2,48}. Estudo recente de Nazar et al mostrou uma possível associação entre desordem alimentar e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Os mesmos autores ainda levantam a hipótese de que a compulsão alimentar seja um aspecto oculto à ocorrência simultânea de TDAH e ganho de peso⁴⁹. Outras características destes pacientes são o perfeccionismo e pensamentos dicotômicos (tudo ou nada, períodos de total controle ou total descontrole), dificuldade em lidar com regras e limites, em dizer 'não' e/ou falar de suas vontades e em ser responsável no trabalho²⁰. O TCAP está relacionado a menor qualidade de vida, problemas na vida social e maior morbimortalidade, elevando os custos com a saúde³⁸.

Para realizar o rastreamento do TCAP na população de obesos, Freitas e colaboradores traduziram, adaptaram e validaram uma ferramenta conhecida como Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Este instrumento é um questionário autoaplicável e é capaz de avaliar a gravidade do transtorno nos indivíduos (0-17 = sem transtorno, 18-26 = transtorno moderado, ≥ 27 = transtorno grave). É composto por 16 perguntas, sendo elas divididas em dois grupos: 8 itens representando manifestações comportamentais e 8 itens descrevendo sentimentos e cognições⁵⁰.

A compulsão alimentar muitas vezes é ignorada e negligenciada. O tratamento, na sua maior parte, tem foco na perda de peso e suas complicações. Tratamentos psicológicos são sugeridos e apresentam ótimos resultados na remissão dos episódios de compulsão alimentar. Os estudos citam principalmente a terapia cognitiva-comportamental, perda de peso comportamental e a psicoterapia interpessoal. Alguns estudos avaliam a eficácia de incluir um medicamento ao tratamento e os antidepressivos têm sido os medicamentos mais comuns no tratamento do TCAP. Porém são necessários mais estudos que avaliem a resposta

dos indivíduos ao tratamento medicamentoso. Além disso, se sabe que de forma isolada as medicações não apresentam um efeito tão benéfico quando o das psicoterapias⁵¹.

Segundo Abo e colaboradores, a compulsão alimentar é um dos fatores determinantes para a não-adesão ao tratamento dietético para perda de peso⁵². Adesão é o termo utilizado para medir o quanto os pacientes consentem com o tratamento recomendado pelos profissionais de saúde e é um componente importante para o sucesso da perda de peso^{53,54}.

Embora os indivíduos tenham conhecimento de que alimentos e comportamentos são considerados saudáveis e recebam orientações nutricionais de profissionais da saúde, a adesão a estas informações apresenta limitações devido ao fato de que o processo de mudança, para ser efetivo, é multifacetado^{55,56}. Entre os pacientes que apresentam alguma patologia crônica, é consenso que as taxas de adesão são baixas e existem diversas razões que justificam esta afirmação^{53,57}, incluindo a presença de impulso para comer, sendo este um contribuinte para o insucesso das tentativas de perda de peso^{54,58}. Outros motivos que influenciam uma baixa adesão a orientações nutricionais entre pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são o custo elevado de alimentos classificados como saudáveis, a necessidade de abrir mão de alimentos que são vistos como inadequados dentro do contexto da dieta (fator considerado comportamental), carência de tempo para colocar as informações em prática e falta de conhecimento⁵⁵. A literatura sugere que as taxas de abandono ao tratamento podem aproximar-se de 80%⁵⁹ e cerca de apenas 15% dos indivíduos que recebem uma orientação nutricional, independente da distribuição de macronutrientes mantém a meta de 10% de perda de peso inicial após dois anos de tratamento⁶⁰, valor citado anteriormente como já sendo benéfico.

Dois fatores que tendem a influenciar positivamente na aceitação às recomendações dietéticas são não ter realizado tratamentos nutricionais prévios e a ausência de depressão^{59,61}. Quando há perda ponderal ao longo do tratamento, a satisfação com a redução de peso, assim como a perda de peso por si só, é vista como facilitadora do processo de manutenção. A satisfação é um dos fatores cognitivos mais estudados e relacionados com o tema^{62,63}. Em ensaio clínico randomizado recente, pesquisadores acompanharam pacientes obesos, alocados em dois grupos (cada grupo recebia um tipo de dieta), por seis meses e observaram que alguns indivíduos se tornaram menos aderentes na 11ª semana; uma perda de peso

semelhante em ambos os grupos ocorreu exclusivamente até a 15ª semana. Conseqüentemente, uma menor satisfação com os resultados foi demonstrada por estes participantes. Estes dados foram preditores de uma manutenção de peso inferior ao grupo que manteve a adesão e a perda de peso constantes. A hipótese do grupo de pesquisa é que a perda de peso decrescente como consequência da menor adesão acaba levando a menor perda de peso, formando, assim, uma sequência viciosa, onde são observados menores esforços para manter uma alimentação equilibrada e adequada, apresentando também comportamentos menos eficazes para controle de peso a longo prazo⁶⁴.

A aceitação de uma dieta saudável e adoção de um estilo de vida ativo influenciam diretamente a obesidade. Eventualmente, a atitude dos indivíduos impede o autocuidado efetivo e o comportamento saudável⁶⁵. Alguns estudos também apontam a falta de vontade, por parte dos pacientes, de seguir o tratamento orientado^{55,59} e, segundo a teoria de ação racional, criada por Ajzen e Fishbein, as variáveis sociodemográficas também são importantes na determinação do comportamento. Esta teoria refere que intenção e atitude são elementos que compõe o desempenho de comportamentos e que o comportamento é fruto das escolhas conscientes das pessoas⁶⁶.

Devido ao fato de não haver um padrão-ouro para avaliar adesão ao tratamento dietético, os estudos utilizam diversos métodos para tal. A adesão pode ser avaliada através de questionários validados, assiduidade nas consultas, avaliação de medidas antropométricas e consumo alimentar. A junção de diversos parâmetros pode ser uma boa alternativa, considerando novamente a falta de padrão-ouro para realizar esta análise. Os questionários pré-estruturados geralmente são validados para patologias específicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM, ou para uma população em específico, como é o caso do questionário desenvolvido por Dubasi e colaboradores⁶⁷⁻⁶⁹. No estudo de Guimarães e colaboradores, a adesão a um programa de aconselhamento nutricional para pacientes com excesso de peso e comorbidades foi avaliada em dois grupos (grupo intervenção *versus* grupo controle) após três meses por meio de peso, circunferência da cintura, questionário de frequência alimentar (QFA) e registro alimentar de três dias, no início e no final do período em que se deu a pesquisa⁷⁰. Um segundo estudo, conduzido por pesquisadores espanhóis levou em consideração apenas a perda de peso para contar adesão positiva, enquanto a não adesão era caracterizada pelo abandono do

tratamento⁶¹. Calungi e colaboradores optaram por avaliar a adesão ao tratamento conforme um Escala de Likert com scores de 0 (baixa adesão) a 4 (adesão completa), utilizando uma lista de verificação pré-definida e análise de diários alimentares⁶⁴.

Sugere-se que a identificação de barreiras à adesão e os determinantes da não-adesão às recomendações e conselhos dietéticos dos indivíduos que sofrem de doenças crônicas é útil na implementação de mecanismos para gerenciar a sua crescente prevalência e consequências subsequentes^{65,69}. Algumas estratégias como estabelecer metas realistas, estimular atividade física em paralelo à educação alimentar e nutricional e firmar uma aliança entre o profissional e o paciente, a fim de possibilitar que o paciente se sinta mais confortável para conversar e resolver seus problemas relacionados à alimentação, são apontadas como úteis para aprimorar a adesão^{61,71,72}. Conhecimento e mudança de atitude frente à patologia podem representar um importante fator para adesão às orientações⁵³.

Ainda existem dúvidas em relação aos motivos pelos quais alguns pacientes conseguem seguir as prescrições dos profissionais de saúde e outros não. Dadas a complexidade e diversas barreiras no ambiente urbano dos dias atuais, é frequente vermos dificuldades em obter bons resultados⁷⁰.

Uma orientação dietética baseada nas preferências alimentares do paciente, sem esquecer as recomendações nutricionais, e adaptada aos aspectos culturais e condições financeiras, pode melhorar a continuidade ao tratamento⁵⁴.

Considerando que a obesidade é um problema de origem multifatorial e diversos aspectos cognitivos e comportamentais estão envolvidos com uma baixa taxa de adesão aos tratamentos dietéticos por parte destes indivíduos, a identificação de particularidades e a abordagem comportamental devem ser objetos de estudos.

2. JUSTIFICATIVA

A adesão ao tratamento dietético de pacientes obesos pode ser afetada tanto por falta de informação em relação à doença, dificuldades pessoais em colocar as informações em prática ou até mesmo por condições psicológicas associadas. Embora a baixa taxa de adesão às orientações passadas por nutricionistas e profissionais da saúde por parte dos pacientes obesos seja uma situação desanimadora, esses resultados, mostrados em diversos estudos da literatura, são capazes de estimular pesquisadores a estudar e procurar respostas para o manejo a longo prazo destes indivíduos. Além disso, podemos considerar que mecanismos mentais junto a mudanças no estilo de vida podem ser protagonistas no processo de perda de peso.

A obesidade é um problema complexo, o qual envolve domínios físicos, sociais, psicológicos e emocionais e influencia a incidência de comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, síndrome metabólica, entre outros), além de ter grande impacto na expectativa de vida. Uma solução a longo prazo para esta doença crônica vem acompanhada de uma ampla abordagem e mudança de estilo de vida. Sendo assim, o rastreamento de possíveis barreiras ao sucesso do tratamento e aceitação da dieta, como presença de transtornos alimentares, deve ser incluído em consultas com profissionais da saúde.

A realização dessa pesquisa se justifica, pois, apesar da relevância do tema, existe uma carência de estudos na literatura científica que demonstrem a relação da adesão ao tratamento dietoterápico com a presença de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos que foram em busca de tratamento, principalmente entre a população brasileira, usuários do SUS.

Dessa forma este estudo tem o objetivo de avaliar a relação entre o transtorno de compulsão alimentar periódica e a adesão da dieta em pacientes obesos encaminhados para tratamento em ambulatório de nutrição metabólica em hospital geral de Porto Alegre/RS.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação da adesão ao tratamento nutricional e transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos encaminhados para tratamento em ambulatório de nutrição metabólica em hospital geral de Porto Alegre/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos;
- Identificar comorbidades metabólicas prevalentes nos indivíduos obesos com e sem TCAP;
- Identificar diferença nos hábitos alimentares e comportamentais dos indivíduos portadores ou não do transtorno;
- Avaliar adesão ao tratamento através do consumo alimentar e medidas antropométricas, ao início do tratamento e após três meses em dois grupos distintos: pacientes com TCAP e pacientes sem TCAP.

4. LISTA DE REFERÊNCIAS

1. Ural C, Beli H, Akbudak M, Solmaz A, Bektas ZD, Celebi F. Relation of binge eating disorder with impulsiveness in obese individuals. *World J Psychiatry*. 2017;7(2):114–20.
2. Leite P, Dâmaso A, Poli V, Sanches R, Silva S, Fidalgo J, et al. Long-term interdisciplinary therapy decreases symptoms of binge eating disorder and prevalence of metabolic syndrome in adults with obesity. *Nutr Res*. Elsevier Inc.; 2017;40:57–64.
3. World Health Organization (WHO). Desigualdade exacerba fome, desnutrição e obesidade na América Latina e no Caribe. 2018. [Acesso em 16/06/2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5799:desigualdade-exacerba-fome-desnutricao-e-obesidade-na-america-latina-e-no-caribe&Itemid=839.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016 - Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão [online]. 2017. [Acesso em 17/06/2019] Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2016 [online]. 2017. [Acesso em 22/06/2019] 1-161 p. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf
6. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. 2016. [Acesso em 22/06/2019] Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.
7. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016 [online]. 2016. [Acesso em 16/06/2019] Disponível em: <http://www.abeso.org.br>
8. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B, et al. The Human Obesity Gene Map : The 2005 Update. *Obesity*. 2006;14(4):529–644.
9. Sandholt CH, Hansen T, Pedersen O. Beyond the fourth wave of genome-wide

- obesity association studies. *Nutr Diabetes*. Nature Publishing Group; 2012;2(7):e37.
10. Palou A, Bonet ML. Challenges in obesity research. *Nutr Hosp*. 2013;28(Supl. 5):144–53.
 11. Petrovich GD. Forebrain networks and the control of feeding by environmental learned cues. *Physiol Behav*. 2013;10(121):10–8.
 12. Bauer KW, Marcus MD, Larson N, Neumark-sztainer D. Socioenvironmental, Personal, and Behavioral Correlates of Severe Obesity among an Ethnically/Racially Diverse Sample of US Adolescents. *Child Obes*. 2017;13(6):470–8.
 13. Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K, et al. Health Care Guideline: Prevention and Management of Obesity for Adults [online]. *Inst Clin Syst Improv*. 2013. Disponível em: <http://www.icsi.org>.
 14. Oh J, Sung Y, Lee HJ. The Visceral Adiposity Index as a Predictor of Insulin Resistance in Young Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Obesity*. 2013;21(8):1690–4.
 15. Kumpatla S, Michael C, Viswanathan V. Visceral Adiposity Index and pattern of dyslipidaemia at different stages of glucose intolerance — A study from India. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2011;5(4):173–8.
 16. Barbosa PS, Santos RP, Mendonça JLS, Rocha V de S. Circunferência do pescoço e sua associação com parâmetros antropométricos de adiposidade corporal em adultos. *Braspen J*. 2017;32(4):315–20.
 17. Santiago, Emerson R C Dourado KF, Petribú MM V, Andrade MIS, Barbosa LS, Santos CM. Circunferência do pescoço como indicador de risco cardiovascular em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Nutr Clínica y Dietética Hosp*. 2017;37(1):41–8.
 18. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Obesidade [online]. 2011. [Acesso em 15/06/2019] Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/obesity-portuguese-2011.pdf>
 19. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Mamun A Al, Bonneux L. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy : A Life-Table Analysis. *Ann Intern Med*. 2003;138(1):24–32.
 20. Pisciolaro F, Soares AVG. Transtorno de Compulsão Alimentar. In: Oliveira AM,

- Silva FM. Dietoterapia nas doenças do adulto. Rio de Janeiro: Rubio; 2018. p. 353-357.
21. World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020 [online]. 2013. [Acesso em 15/06/2019] Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=CFF1097B052C9894CE831BB2643934C8?sequence=1
 22. Dhana K, Berghout MA, Peeters A, Ikram MA, H T, Hofman A, et al. Obesity in older adults and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Int J Obes (Lond)*. Nature Publishing Group; 2016;40(10):1–23.
 23. Dhana K, Nano J, Ligthart S, Peeters A, Hofman A, Nusseider W, et al. Obesity and Life Expectancy with and without Diabetes in Adults Aged 55 Years and Older in the Netherlands: A Prospective Cohort Study. *PLOS Med*. 2016;13(7):1–13.
 24. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 2015;8:402–24.
 25. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. AHA / ACC / TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(Suppl 2):102–38.
 26. Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de Inquéritos Alimentares. In: Fisberg RM, Martini LA, Slater B. *Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicos*. São Paulo: Manole; 2005. p 1-31.
 27. Diggins A, Woods-giscombe C, Waters S. The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eat Behav*. 2015;19:188–92.
 28. Sims R, Gordon S, Garcia W, Clark E, Monye D, Callender C, et al. Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Natl Institutes Heal*. 2008;9(2):137–42.
 29. Brasiliano S, Bucarechi HA, Kachani AT. Aspectos gerais da nutrição em psiquiatria. In: Córdas TA, Kachani AT, Cols E, editors. *Nutrição em Psiquiatria*. Artmed; 2010. p. 23–33.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. 2014.

- p. 156. [Acesso em 21/06/2019] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
31. Puhl R, Brownell KD. Bias , Discrimination , and Obesity. *Obes Res.* 2001;9(12):788–805.
 32. Greenberg BS, Eastin M, Hofschire L, Lachlan K, Brownell KD. Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *Res Pract.* 2003;93(8):1342–8.
 33. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Cien Saude Colet.* 2007;12(6):1641–50.
 34. Almeida JC, Rodrigues TC, Silva FM, Azevedo MJ. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2009;53(5).
 35. Pietilainen K, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. Does dieting make you fat ? A twin study. *Int J Obes.* 2012;36:456–64.
 36. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr.* 2005;18(1):85–93.
 37. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(8):1236–41.
 38. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. 2013. 992 p.
 39. Jacobi C, Hayward C, Zwaan M De, Kraemer HC, Agras WS. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders : Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull.* 2004;130(1):19–65.
 40. Hilbert A, Pike K, Goldschmidt A, Wilfley D, Fairburn C, Dohm F-A, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res.* 2014;220(1–2):500–6.
 41. Pisciolaro F, Azevedo AP. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. In: Cordás TA, Kachani AT. *Nutrição em Psiquiatria.* Porto Alegre. Editora Artmed; 2010. p. 167–79.
 42. Leslie M, Turton R, Burgess E, Palazzo B, Treasure J. Testing the addictive appetite model of binge eating : The importance of craving, coping, and reward enhancement. *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(6):541–50.
 43. Espel-Huynh, Hallie M, Muratore, Alexandra F. Lowe MR. A narrative review of the construct of hedonic hunger and its measurement by the Power of Food

- Scale. *Obes Sci Pr.* 2018;4(3):238–49.
44. Burrows T, Skinner J, McKenna R, Rollo M. Food Addiction, Binge Eating Disorder, and Obesity : Is There a Relationship? *Behav Sci (Basel)*. 2017;7(54).
 45. Udo T, White M, Lydecker J, Barnes R, Genao I, Garcia R, et al. Biopsychosocial Correlates of Binge Eating Disorder in Caucasian and African American Women with Obesity in Primary Care Settings. *Eur Eat Disord Rev.* 2016;24(3):181–6.
 46. Hudson JI, Hiripi E, Jr HGP, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication James. *Biol Psychiatry.* 2008;61(3):348–58.
 47. Ziobrowski H, Brewerton TD, Duncan E. Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Res. Elsevier Ireland Ltd;* 2018;260:53–9.
 48. Giel KE, Teufel M, Junne F, Zipfel S, Schag K. Food-Related Impulsivity in Obesity and Binge Eating Disorder — A Systematic Update of the Evidence. *Nutrients.* 2017;9:1170.
 49. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The Risk of Eating Disorders Comorbid with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Eat Disord.* 2016;1045–57.
 50. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):215–20.
 51. Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(2):169–79.
 52. Abo EA, Atlam SA, Ghareeb WA. Factors behind nonadherence to diet regimens among obese adults in Tanta , Egypt : a case – control study. *J Egypt Public Heal Assoc* 2016,. 2016;91:8–14.
 53. Alefishat EA, Farha RKA, Al-Debei MM. Self-Reported Adherence among Individuals at High Risk of Metabolic Syndrome : Effect of Knowledge and Attitude. *Med Princ Pract.* 2017;157–63.
 54. Gibson AA, Sainsbury A. Strategies to Improve Adherence to Dietary Weight Loss Interventions in Research and Real-World Settings. *Behav Sci (Basel)*. 2017;7(44).
 55. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados.

- Ciência & Saúde Coletiva,. 2016;21(2):599–610.
56. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102–14.
 57. Hadziabdic MO, Mucalo I, Hrabac P, Matic T, Rahelic D, Bozikov V. Factors predictive of drop-out and weight loss success in weight management of obese patients. *J Hum Nutr Diet.* 2014;28(Suppl.2):24–32.
 58. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):14–21.
 59. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes.* 2005;29:122–8.
 60. Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, et al. Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. *N Engl J Med.* 2009;360(9):859–73.
 61. Bautista-Castaño I, Molina-Cabrillana J, Montoya-alonso JA, Serra-Majem L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight , in a group of Spanish subjects. *Int J Obes.* 2004;28:697–705.
 62. Finch EA, Linde JA, Jeffery RW, Rothman AJ, King CM, Levy RL. The Effects of Outcome Expectations and Satisfaction on Weight Loss and Maintenance : Correlational and Experimental Analyses — A Randomized Trial. *Heal Psychol.* 2005;24(6):608–16.
 63. Foster GD, Phelan S, Wadden TA, Gill D, Ermold J, Didie E. Promoting More Modest Weight Losses : A Pilot Study. *Obes Res.* 2004;12(8):1271–7.
 64. Calugi S, Marchesini G, El Ghoch M, Gavasso I, Dalle Grave R. The association between weight maintenance and session-by-session diet adherence , weight loss and weight-loss satisfaction. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes.* Springer International Publishing; 2018.
 65. Esmaeili N, Alizadeh M, Esfanjani AT, Kheirouri S. Evaluating Barriers to Adherence to Dietary Recommendations in Iranian Adults with Metabolic Syndrome : A Qualitative Study Using the Theory of Reasoned Action. *Iran J Public Heal.* 2016;45(7):926–34.
 66. Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to

- Theory and Research. Editora Addison-Wesley. 1975. 578p.
67. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(2):487–94.
 68. Toobert D, Glasgow R. Assessing diabetes self-management: the summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers; 1994. p. 351–75.
 69. Dubasi SK, Ranjan P, Arora C, Vikram NK, Dwivedi SN, Singh N, et al. Questionnaire to assess adherence to diet and exercise advices for weight management in lifestyle-related diseases. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8:689–94.
 70. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev Nutr*. 2010;23(3):323–33.
 71. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, et al. Effects of an Intensive Diet and Physical Activity Adults. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(3):371–81.
 72. Rodrigues EM, Soares FP de TP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no. *Rev Nutr*. 2005;18(1):119–28.

Relação entre adesão ao tratamento dietético e presença de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos

Relationship between adherence to dietary treatment and the presence of binge eating disorder in obese patients

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é o transtorno alimentar que mais afeta a população obesa, e compulsão alimentar é um aspecto que possivelmente interfere na taxa de adesão ao tratamento nutricional, a qual também é baixa em indivíduos com doenças crônicas não-transmissíveis.

OBJETIVO: Avaliar a relação entre a adesão ao tratamento nutricional e a presença de TCAP.

MÉTODOS: Estudo de coorte, desenvolvido entre 73 indivíduos obesos em um ambulatório de nutrição metabólica. Dados antropométricos foram coletados e para avaliação dietética utilizou-se o registro alimentar de três dias. A presença de TCAP foi verificada através da Escala de Compulsão Alimentar Periódica e dividiu os participantes em dois grupos (com e sem TCAP). Os pacientes foram reavaliados três meses após o início do acompanhamento. Equações de Estimativas Generalizadas com ajuste de Bonferroni e teste t de Student foram aplicados. A adesão à dieta foi avaliada, em termos calóricos, através da diferença entre o que foi orientado e consumido.

RESULTADOS: Não houve diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento dietético entre os pacientes com e sem TCAP. O TCAP foi encontrado em 28,7% dos participantes do estudo. Ambos os grupos se comportaram da mesma maneira em relação aos hábitos alimentares e atividade física ao longo do estudo.

CONCLUSÃO: A obesidade, entre outros agentes, é um dos fatores que pode contribuir para a falha da adesão às orientações nutricionais. A importância de inserir métodos cognitivos ao tratamento dietético deve ser mais estudada.

Palavras-chave: Obesidade; Transtorno Alimentar; Comportamento alimentar; Adesão ao tratamento; Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.

Keywords: Obesity; Eating Disorder; Eating Behavior; Therapeutic Adherence; Biobehavioral Sciences

INTRODUÇÃO

A transição nutricional ocorrida ao longo das últimas décadas, reflete na mudança do perfil nutricional da população, com um aumento significativo na prevalência de excesso de peso e obesidade ⁽¹⁾. No Brasil essas taxas variam de 14,5% a 23,8%, conforme pesquisa realizada pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) ⁽²⁾, e é considerada um problema de saúde pública ⁽³⁾.

A obesidade é uma doença crônica não-transmissível (DCNT) e é definida como um acúmulo anormal de gordura, diagnosticada através de ponto de corte do Índice de Massa Corporal (IMC) e, atualmente, através da circunferência da cintura, sendo este um preditor importante de doença cardiovascular. Tem etiologia multifatorial, e é de difícil manejo e controle por envolver diversas influências, como genética, ambiental, comportamental, entre outras ⁽⁴⁾.

Dentre os fatores ambientais envolvidos, os aspectos emocionais e o estresse podem estar intimamente relacionados com o aumento do peso. O estresse leva ao

aumento dos níveis de glicocorticoides, que contribui para o aumento de gordura visceral e subsequente desenvolvimento de componentes da síndrome metabólica ⁽⁵⁾. Forma-se um ciclo vicioso, onde o estresse leva ao aumento da ação do glicocorticoide, que leva ao ganho de peso, que continua dando força ao estresse e vice-versa. Além disso, altos níveis de cortisol foram identificados em pacientes obesos ⁽⁶⁾. O cortisol, por sua vez, pode ocasionar aumento de apetite com preferência por alimentos hipercalóricos ^(4,5,7). Indivíduos obesos são afetados psicologicamente pois estão sujeitos a preconceitos e estigmas sociais, que, por sua vez, contribuem para o aumento de morbimortalidade, independentemente do peso ou IMC ⁽⁸⁾. Além disso, alguns indivíduos obesos podem experimentar ao longo de suas vidas, dietas restritivas de muito baixo valor calórico, ou com alimentos selecionados ⁽⁹⁾ o que também pode predispor à quadros de compulsão alimentar ⁽¹⁰⁾.

O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é um transtorno alimentar formalizado na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-V). É o transtorno alimentar mais comum entre os indivíduos ⁽¹¹⁾. A compulsão alimentar é caracterizada pelo consumo recorrente de alimentos em grandes quantidades, acompanhado de sensação de perda de controle depois do episódio. É marcado por angústia, e também pela ausência de comportamentos compensatórios após os episódios (tais como vômitos induzidos, uso de laxantes e prática de exercício físico), e é isenta do objetivo de controlar o peso ^(10,12). O TCAP é associado a pessoas com sobrepeso e obesidade que procuram tratamento médico, apresentando prevalência superior a 20% nesta população ⁽¹⁾.

Segundo a literatura, a compulsão alimentar é positivamente relacionada com baixas taxas de adesão ao tratamento nutricional em pacientes não eutróficos ⁽¹³⁾, sendo a adesão o termo utilizado para avaliar o quanto os pacientes concordam e

colocam em prática as orientações recebidas pelos profissionais de saúde ^(14,15). E indivíduos portadores de DCNT tendem a aderir com mais dificuldade às orientações nutricionais que recebem, uma vez que precisam segui-las a longo prazo ⁽¹⁴⁾.

São diversas as razões que dificultam a adesão ao tratamento dietético por parte desses indivíduos, mas considerando que a adoção de um estilo de vida saudável influencia diretamente no peso ⁽¹⁶⁾ e que a obesidade tem impacto negativo na expectativa de vida, é de suma importância o rastreamento de possíveis barreiras para que o sucesso do tratamento seja alcançado. Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar se a presença do TCAP pode apresentar-se como um obstáculo à adesão da dieta em pacientes obesos encaminhados para tratamento nutricional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte, desenvolvido em um ambulatório de Nutrição Metabólica de um hospital geral de Porto Alegre, no sul do Brasil.

O estudo foi realizado com 73 participantes, de ambos os sexos, com idade \geq 18 anos, obesos de acordo com a classificação do IMC ($\geq 30\text{kg/m}^2$) ⁽¹⁷⁾, e que aceitaram participar do estudo, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As coletas ocorreram entre setembro de 2018 a novembro de 2019. Foram excluídos os pacientes que não tivessem condições cognitivas para responder o protocolo e aqueles impossibilitados de realizar as medidas antropométricas, como amputados, cadeirantes e obesos mórbidos.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro contato com os participantes ocorreu em uma consulta padrão realizada pela equipe de Nutrição, onde todos receberam um plano alimentar individualizado e aconselhamento

nutricional para tratamento da obesidade ⁽¹⁸⁾. A segunda coleta ocorreu 3 meses após a primeira consulta.

Foram avaliadas variáveis sociodemográficas e clínicas, hábitos alimentares e comportamentais. Na avaliação antropométrica foram aferidos o peso (kg), a estatura (cm), e posteriormente calculado o IMC, a circunferência da cintura (CC) e a circunferência do pescoço (CP). Para avaliação do peso (kg) e altura (m) foi utilizada balança antropométrica da marca Welmy, com capacidade máxima de 200 kg, com graduação a cada 0,050g, devidamente calibrada e estadiômetro acoplado à mesma. Os pacientes foram pesados com o mínimo de roupas possível. Para avaliar a estatura, os indivíduos se posicionaram com a cabeça reta e pés descalços, estando paralelo ao estadiômetro. A CC e a CP foram registradas em cm, através de uma fita métrica inelástica de 150 cm. A CC foi mensurada no ponto médio entre última costela e a crista ilíaca e para realizar a aferição de CP observou-se o ponto médio do pescoço e posicionou-se a fita no local ⁽¹⁹⁾.

Para descrever o nível de atividade física dos indivíduos, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os participantes foram descritos como sedentários, ativos ou muito ativos ⁽²⁰⁾.

Hábitos alimentares foram avaliados através de diário alimentar de três dias, sendo dois dias de semana e um de final de semana. Para o cálculo dos registros alimentares, foi utilizado o programa DietWin® (Porto Alegre, Brasil). Os macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras totais) e gordura saturada foram quantificados em percentual em relação ao valor energético total (VET, em kcal), as fibras em gramas e o colesterol em miligramas. O VET também foi calculado. Nenhum diário alimentar quantificou a quantidade de óleo utilizada no preparo das refeições e optou-se por imputar a quantidade de óleo vegetal por dia. A escolha do valor

adicionado foi feita através de documento publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) intitulado “avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos”, baseado na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) onde há o registro de que dentre os alimentos com menor variação no consumo entre os indivíduos estão o óleo e gorduras vegetais, compondo 12,7% das calorias totais ingeridas ⁽²¹⁾. O cálculo de todos os componentes foi finalizado com a soma dos três dias e realizado a média. Os registros alimentares foram utilizados para avaliar a adesão, considerando que foi observada a diferença entre o orientado e o consumido pelos indivíduos.

Para rastrear a presença do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), a qual foi traduzida e validada em 2001 por Freitas e colaboradores ⁽²²⁾. Após tabulação da ECAP e diagnóstico os participantes do estudo foram divididos em dois grupos para comparação: com TCAP e sem TCAP. Os pontos de corte adotados para diferenciar os grupos, conforme a ECAP foram ≥ 17 e < 17 , respectivamente ⁽²²⁾.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre sob o número 2.538.206. O trabalho envolveu riscos mínimos para os pacientes e os procedimentos estavam de acordo com orientações nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos, e está consoante à Declaração de Helsinki.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. A comparação de proporções entre os grupos foi verificada pelos testes qui-quadrado

de Pearson ou exato de Fisher e a comparação da idade através de teste t de Student. Para avaliar a mudança nos parâmetros quantitativos ao longo do tempo conforme a presença ou não de transtorno alimentar, o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE) com ajuste por Bonferroni foi aplicado. Os resultados foram apresentados através de média e IC95%. Para avaliar a mudança no nível de atividade física dentro de cada grupo foi utilizado teste de McNemmar. Para avaliar a adesão, foi calculada a diferença entre o que foi consumido menos o que foi orientado. A adesão dentro de cada grupo foi avaliada através do teste t de Student para uma amostra (diferença = 0) e teste t de Student para amostras independentes para comparar se a diferença em relação ao orientado foi maior em algum dos dois grupos. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 25.0, após serem digitados em planilha do tipo Excel.

RESULTADOS

No primeiro momento, foram avaliados 73 pacientes e foi encontrada uma prevalência de 28,7% de TCAP dentre os indivíduos entrevistados. A idade média foi de $52,5 \pm 12,5$ anos. Entre eles, 74% (n=54) eram do sexo feminino, 81% (n=56) eram procedentes de Porto Alegre e região metropolitana, 68,5% (n=50) eram da raça branca e 64% (n=47) referiram ser casados ou viver em união. No que se refere a escolaridade e fonte de renda 34% (n=25) tinham o primeiro grau incompleto e 44% (n=32) viviam com renda a partir de aposentadoria ou auxílio doença. A Tabela 1 descreve o perfil dos pacientes de acordo com a presença de TCAP. Observou-se que, das mulheres, 59% (n= 20) apresentaram o transtorno. Dos indivíduos identificados com o TCAP, 95% era do sexo feminino ($p=0,019$).

Quanto a presença de comorbidades, não foi possível identificar diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos. Avaliou-se a presença de Diabetes Melito tipo 1 ($p=0,318$), Diabetes Melito tipo 2 ($p=1,000$), hipertensão arterial sistêmica ($p=0,153$), dislipidemia ($p=0,404$), triglicerídeos aumentados ($p=0,142$), doenças cardiovasculares ($p=0,494$) e outras doenças endócrinas ($p=0,713$).

Dos pacientes sem TCAP, 30,8% afirmou já ter feito dieta restritiva sem orientação de profissional nutricionista e 48,1% já tinham tido consultas prévias com nutricionistas; já no grupo com TCAP, 69,2% e 51,9% dos indivíduos informou que sim às perguntas, na devida ordem. Apenas a prática de dietas restritivas foi estatisticamente significativa no grupo com TCAP ($p=0,028$).

A tabela 2 mostra alguns itens referentes a hábitos de consumo alimentar e ingestão de bebida alcoólica na primeira e segunda entrevista. Foi apresentada diferença estatisticamente significativa em relação ao consumo de gordura na carne ($p=0,035$) e pele do frango ($p=0,006$), sendo maior no grupo com TCAP. O consumo de peixe se mostrou mais frequente, também de forma significativa, no grupo sem TCAP. Este comportamento foi observado tanto no basal quanto no retorno. Além disso, o consumo de frituras reduziu de maneira estatisticamente significativa neste mesmo grupo da primeira entrevista para a segunda.

Quanto aos hábitos envolvendo tabagismo e prática de atividade física, 60,3% afirmaram nunca terem sido fumantes, dado semelhante em ambos os grupos ($p=0,485$), e não foi observada diferença na alteração do nível de atividade física entre os grupos ($p=0,951$).

A tabela 3 mostra as quatro medidas antropométricas avaliadas conforme grupo e momento. É possível observar que o peso, IMC e a CC se encontravam

numericamente maiores, nos dois momentos, no grupo com TCAP. As medidas antropométricas estudadas reduziram, também numericamente, em sua maioria, porém sem significância estatística tanto entre os momentos (basal e retorno), observados pelos valores p , quanto entre os grupos, observados pelos valores p (Δ).

A tabela 4 apresenta a diferença entre a recomendação nutricional orientada e o consumo efetivo, conforme os registros alimentares. A adesão foi medida através da diferença entre o que foi orientado e o que consumido aos participantes. Existem dois resultados: a adesão de cada grupo e a comparação entre a adesão de ambos os grupos. É possível verificar que no grupo de pessoas sem o transtorno, houve um consumo significativamente menor de calorias, carboidratos, fibras e colesterol, enquanto foi mostrado um consumo significativamente maior de proteínas, lipídios e gordura saturada. O mesmo comportamento foi observado no grupo oposto, com exceção das calorias e colesterol.

DISCUSSÃO

No presente estudo não foi observada diferença na adesão ao tratamento dietético entre pacientes sem e com TCAP, tanto no que se refere ao consumo energético quanto nas alterações nas medidas antropométricas, mostrando que ambos os grupos tendem a apresentar comportamento semelhante.

A prevalência para TCAP encontrada nesta pesquisa é semelhante aos achados de outros estudos ^(1,23), onde cerca de 24% a 30% dos pacientes com sobrepeso e/ou obesidade que buscam tratamento para perda de peso, apresentam transtorno de compulsão alimentar. Kessler e colaboradores ⁽²⁴⁾ ainda apontam uma maior prevalência de TCAP entre os obesos grau I. Os indivíduos de ambos os grupos

em nosso estudo eram classificados, em sua maioria, com obesidade grau II, não sendo possível observar o mesmo resultado destes autores ⁽²⁴⁾. Sendo o TCAP um problema de saúde pública assim como a obesidade, estudos sugerem a inclusão de perguntas referentes a problemas na alimentação do indivíduo na anamnese dos profissionais de saúde, a fim de aumentar a taxa de indivíduos com transtorno que recebem o tratamento adequado ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Apesar de que, em comparação aos demais transtornos alimentares, o TCAP apresente maior equilíbrio entre gêneros ⁽²⁷⁾, a razão de chance do transtorno de compulsão alimentar nas mulheres chega a ser até três vezes maior ⁽²⁸⁾, de forma significativa, indo ao encontro do nosso achado. Podemos relacionar este resultado possivelmente com a menor procura dos homens por assistência ao sistema de saúde como um todo ⁽²⁹⁾, sendo justificada por questões individuais e sociais ⁽³⁰⁾.

Por esta pesquisa ter ocorrido em um ambulatório de Nutrição Metabólica, a grande maioria dos indivíduos incluídos nesta amostra apresentavam pelo menos uma comorbidade metabólica associada à obesidade. Portanto não foi possível identificar, de maneira significativa, diferença quanto a presença de cada um dos fatores que compõe a síndrome metabólica e o TCAP. Isso denota que a obesidade por si só consolida o seu papel na qualidade de vida, sendo fator de risco independente da compulsão alimentar para comorbidades metabólicas ⁽²³⁾. Leone e colaboradores supõem que o desenvolvimento da síndrome metabólica e seus componentes a partir do TCAP se deve à obesidade associada e um estilo de vida não adequado ⁽³¹⁾.

Quanto ao consumo energético total, observamos que ambos os grupos consumiram quantidades inferiores às quantidades orientadas, apesar de apenas o grupo sem transtorno ter apresentado consumo reduzido de forma significativa. E para tentar explicar esse achado, podemos relacionar com a prática de dietas restritivas.

Ao todo, um terço e dois terços da amostra dos indivíduos sem e com TCAP, respectivamente, afirmaram já ter feito dietas de restrição calórica antes. Não houve diferença estatisticamente comprovada entre os indivíduos em relação ao ato de restringir calorias, assim como Ricca já havia descrito ⁽²³⁾. Aliás, devemos levar em consideração a chance de ter ocorrido um sub-relato nos diários alimentares, instrumento escolhido para avaliar o consumo alimentar dos participantes ⁽³²⁾. O sub-relato está intimamente ligado com à obesidade e com a restrição alimentar. E a subnotificação de calorias leva a subsequente subnotificação de ingestão de macronutrientes, como aconteceu com os carboidratos ^(33,34).

O fato de o grupo com TCAP não ter consumido menos calorias do que o orientado de forma significativa, ou seja, seguiu as orientações de forma mais condizente com o orientado quando comparado com o outro grupo, é concordante com o estudo de Lourenço e colaboradores ⁽³⁵⁾, que mostrou que o grupo de indivíduos com o transtorno ingeria mais calorias do que o grupo oposto, mesmo que não significativamente.

Indo ao encontro de nossos achados, Raymond e colaboradores ⁽³⁶⁾, ao avaliar um grupo de mulheres obesas com transtorno de compulsão alimentar e um grupo controle, não observaram diferença quanto ao consumo de calorias. Além disso, foi verificado um aumento no consumo de gorduras em dias onde episódios de compulsão ocorriam. Embora não tenhamos avaliado a ocorrência de compulsão dos indivíduos rastreados positivamente para o transtorno, encontramos maior consumo de gorduras no grupo com TCAP.

Poucas pesquisas estudam a relação entre hábitos alimentares e o transtorno de compulsão alimentar. Wilson e colaboradores ⁽³⁷⁾ observaram que mulheres com TCAP apresentam maior IMC e tendem a consumir mais gordura e menos frutas e

verduras. Porém, ainda que, numericamente, tenha sido mostrado maior consumo de gordura por parte dos indivíduos com TCAP, ao avaliar separadamente a ingestão de alimentos fonte de gordura não verificamos diferença significativa entre os grupos, em ambos os momentos de da coleta de dados desse estudo. Da mesma forma, o consumo de frutas e verduras não é diferente. Sendo assim, não foi possível identificar uma relação pontual entre o consumo de alimentos e a presença de TCAP.

Ainda em relação aos hábitos dos indivíduos estudados, os transtornos alimentares são positivamente correlacionados com outros transtornos psiquiátricos, como uso de álcool. As chances para o consumo de álcool em indivíduos TCAP aumentam em 2,2% ⁽²⁵⁾. Sugere-se que o mesmo mecanismo que predispõe o consumo elevado de alimentos em forma de compulsão, visando o alívio, compensação e abrandamento emocional poderia agir e influenciar o consumo excessivo de álcool ⁽³⁸⁾. Porém, de forma contrária, não foi observada diferença na ingestão de bebida alcoólica entre ambos os grupos. Isso pode ser decorrente do fato desses pacientes já estarem inseridos em uma rede de apoio multidisciplinar, onde a orientação para redução da bebida alcoólica é constante, considerando seu peso como fator de risco para doenças cardiovasculares ⁽³⁹⁾. Fouladi e colaboradores ⁽⁴⁰⁾ ainda apresentaram achados relacionando maior ocorrência de abuso tanto de álcool como de substâncias em geral (maconha, cocaína, sedativos, estimulantes, alucinógenos, opioides, entre outros) em indivíduos com transtornos envolvendo purgação ou ainda bulimia nervosa junto à TCAP e não apenas a compulsão alimentar isolada.

Considerando que a presença do transtorno de compulsão alimentar não afetou a adesão ao tratamento dietético de maneira significativa e que, mesmo com a ingestão inferior ao orientado de calorias e carboidrato, não houve grandes alterações

nos padrões antropométricos, questiona-se a razão pela qual esse grupo de pacientes não aderem a dieta, evidenciado até mesmo pelo baixo consumo de fibras e alto consumo de gorduras totais e saturada, e o que poderia ser feito para que a taxa de adesão fosse maior.

O comportamento alimentar é influenciado por aspectos variados, havendo uma fusão entre fatores sociais, cognitivos e emocionais. Entre algumas variáveis que favorecem o desenvolvimento da obesidade, encontram-se a má qualidade alimentar, a urbanização, maior inclusão das mulheres no mercado de trabalho, economia e cultura global ⁽⁴¹⁾. Ao mesmo tempo, Chea e Mobley ⁽⁴²⁾ apontam o impacto da baixa renda nos padrões alimentares. Identificou-se dificuldade, inclusive, em classificar corretamente os alimentos integrais, interferindo assim na escolha dos alimentos a serem consumidos.

Porém pouco se aborda sobre demais determinantes do comportamento alimentar que não os nutricionais, como por exemplo a motivação, seja ela interna ou externa. É preciso reconhecimento da necessidade de mudança dos hábitos alimentares para melhora da própria saúde e, muitas vezes, apenas a motivação interna possibilita isto ^(43,12).

O instrumento conhecido como Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MT), auxilia profissionais da saúde no momento da orientação nutricional, identificando em que estágio de mudança o paciente se encontra no momento em que chega até a equipe de saúde ⁽⁴⁴⁾, pois favorece o planejamento de educação nutricional, levando os indivíduos a melhorias perduráveis ⁽¹⁰⁾. Sua utilização já mostrou efeitos benéficos quanto a diminuição no consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura, perda ponderal e melhora na percepção corporal ⁽⁴⁵⁾. São cinco os

estágios de mudança descritos: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção ⁽⁴⁶⁾.

Ademais, a entrevista motivacional que, por sua vez, é um método focado no paciente e tem como objetivo expandir sua motivação interna para mudança do paciente, baseia-se no entendimento dos enfrentamentos e emoções associadas, pensando em conjunto com o paciente quais as metas que serão traçadas e em uma estratégia para atingi-las. O profissional deve ser ouvinte, compreensivo e não agir de maneira prescritiva. Neste caso, a baixa adesão não é vista como relutância do indivíduo orientado, mas como um comportamento a melhorar ^(47,48).

Selçuk-Tosun e colaboradores ⁽⁴⁹⁾, ao realizar um estudo clínico randomizado, observaram que os indivíduos participantes do grupo intervenção, onde foi aplicada a entrevista motivacional, apresentaram melhores desfechos em relação ao nível de auto eficácia e controle metabólico, além de aumentar o número de indivíduos no estágio de ação do MT para alimentação saudável.

Sendo assim, podemos pensar que, ao identificar o estágio de mudança em que os pacientes se encontram e definir o melhor método de intervenção para cada um, levando em consideração todo o seu complexo contexto, seria benéfico para melhor adesão do paciente ao tratamento dietético, pois uma intervenção que enfatiza apenas alterações nutricionais pode se mostrar completamente ineficaz ⁽²³⁾.

Outra sugestão, seria o resultado apresentado por Inelmen e colaboradores ⁽⁵⁰⁾, onde uma melhor adesão ao tratamento é vista a partir de tratamentos coletivos e reuniões em grupos.

Como limitações deste estudo, destacamos o tamanho amostral e as limitações inerentes ao instrumento de avaliação de consumo utilizada, como a síndrome de *flat-*

slope, onde os indivíduos podem ter subestimado as quantidades de alimentos consumidas e uma possível dificuldade na identificação correta das porções ingeridas.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo não foi possível observar relação entre o transtorno de compulsão alimentar periódica e adesão ao tratamento dietético, além disso, os indivíduos com TCAP não apresentaram maior presença de comorbidades metabólicas ou padrões alimentares pontuais quando comparados com o grupo oposto. Sendo assim, observamos que a obesidade é fator contribuinte para a dificuldade na adesão às orientações fornecidas. Mais estudos devem ser realizados para confirmar a importância de aplicar métodos cognitivos aos pacientes, objetivando maior eficácia do tratamento nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Leite P, Dâmaso A, Poli V, Sanches R, Silva S, Fidalgo J, et al. Long-term interdisciplinary therapy decreases symptoms of binge eating disorder and prevalence of metabolic syndrome in adults with obesity. *Nutr Res.* 2017;40:57–64.
2. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2016 [online]. 2017. [Acesso em 01/07/2020] 1-161 p. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf
3. Ural C, Beli H, Akbudak M, Solmaz A, Bektas ZD, Celebi F. Relation of binge eating disorder with impulsiveness in obese individuals. *World J Psychiatry.* 2017;7(2):114–20.
4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. 2016. [Acesso em 30/10/2020] Disponível em:

<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.

5. Van Der Valk E, Savas M, Rossum E. Stress and Obesity: are there more susceptible individuals? *Curr Obes Rep*. 2018;7(2):193-203
6. Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. Hair Cortisol and Adiposity in a Population-Based Sample of 2.527 Men and Women Aged 54 to 87 Years. *Obesity*. 2017; 25: 539-544.
7. Diggins A, Woods-giscombe C, Waters S. The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eat Behav*. 2015;19:188–92.
8. Wharton S, Lau DCW, Valls M, Sharma AM, Blertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Can Med Assoc Jour*. 2020;192:875-891.
9. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Cien Saude Colet*. 2007;12(6):1641–50.
10. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. 2013. 992 p.
11. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto, Leah McElroy, Susan L. Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin N Am*. 2017;40:255–66.
12. Pisciolaro F, Soares AVG. Transtorno de Compulsão Alimentar. In: Oliveira AM, Silva FM. *Dietoterapia nas doenças do adulto*. Rio de Janeiro: Rubio; 2018. p. 353-357.
13. Abo EA, Atlam SA, Ghareeb WA. Factors behind nonadherence to diet regimens among obese adults in Tanta , Egypt : a case – control study. *J Egypt Public Heal Assoc* 2016,. 2016;91:8–14.
14. Alefishat EA, Farha RKA, Al-Debei MM. Self-Reported Adherence among Individuals at High Risk of Metabolic Syndrome : Effect of Knowledge and Attitude. *Med Princ Pract*. 2017;157–63.
15. Gibson AA, Sainsbury A. Strategies to Improve Adherence to Dietary Weight Loss Interventions in Research and Real-World Settings. *Behav Sci (Basel)*. 2017;7(3)44.
16. Esmaeili N, Alizadeh M, Esfanjani AT, Kheirouri S. Evaluating Barriers to Adherence to Dietary Recommendations in Iranian Adults with Metabolic Syndrome : A Qualitative Study Using the Theory of Reasoned Action. *Iran J Public Heal*. 2016;45(7):926–34.

17. World Health Organization (WHO): Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. 1995. p. 463p.
18. Position of the Academy of Nutrition Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:129-147
19. Barbosa PS, Santos RP, Mendonça JLS, Rocha V de S. Circunferência do pescoço e sua associação com parâmetros antropométricos de adiposidade corporal em adultos. *Braspen J*. 2017;32(4):315–20.
20. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física & Saúde*. 2001;6(2):5–18.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Análise dos resultados Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos. 2009.
22. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):215–20.
23. Ricca V, Castellini G, Lo C, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009;53:418–21.
24. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9): 904–14.
25. Hudson JI, Hiripi E, Jr HGP, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication James. *Biol Psychiatry*. 2008;61(3):348–58.
26. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43:1125–32.
27. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5(56):1–10.
28. Udo T, Grilo CM. Prevalence and Correlates of DSM-5 – Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biol Psychiatry*. 2018;84(5):345–54.
29. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados.

- Ciência & Saúde Coletiva,. 2016;21(2):599–610.
30. Teo CH, Ng JC, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men : A systematic review. *Soc Sci Med.* 2016;165:168–76.
 31. Leone A, Bedogni G, Ponissi V, Battezzati A, Beggio V, Magni P, et al. Contribution of binge eating behaviour to cardiometabolic risk factors in subjects starting a weight loss or maintenance programme. *Br J Nutr.* 2016;116(11):1984–92.
 32. Freedman LS, Commins JM, Moler JE, Arab L, Baer DJ, Kipnis V, et al. Pooled Results From 5 Validation Studies of Dietary Self-Report Instruments Using Recovery Biomarkers for Energy and Protein Intake. *Am J Epidemiol.* 2014;180(2):172–88.
 33. Asbeck I, Mast M, Bierwag A, Westenhofer J, Acheson K, Muller M. Severe underreporting of energy intake in normal weight subjects: use of an appropriate standard and relation to restrained eating. *Public Health Nutr.* 2002;5(5):683–90.
 34. Toozé JA, Subar AF, Thompson FE, Troiano R, Schatzkin A, Kipnis V. Psychosocial predictors of energy underreporting in a large doubly labeled water study. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(5):795–804.
 35. Lourenço BH, Arthur T, Rodrigues MDB, Guazzelli I, Frazzatto E, Deram S, et al. Binge eating symptoms , diet composition and metabolic characteristics of obese children and adolescents. *Appetite.* 2008;50(2-3):223–30.
 36. Raymond NC, Neumeyer B, Warren CS, Lee SS, Peterson CB. Energy Intake Patterns in Obese Women with Binge Eating Disorder. *Obes Res.* 2003;11(7):869–79.
 37. Wilson PL, O'Connor DP, Kaplan CD, Bode S, Mama SK, Lee RE. Relationship of Fruit, Vegetable, and Fat Consumption to Binge Eating Symptoms in African American and Hispanic or Latina Women. *Eat Behav.* 2013;13(2):179–82.
 38. Stewart SH, Brown CG, Devoulyte K. Why Do Women with Alcohol Problems Binge Eat ? Exploring Connections between Binge Eating and Heavy Drinking in Women Receiving Treatment for Alcohol Problems. *J Health Psychol.* 2006;11(3):409–25.
 39. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. *Arq Brasil Cardiol.* 2017;109(1):1-90.
 40. Fouladi F, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG, Crow S, Hill L, et al. Prevalence of Alcohol and Other Substance Use in Patients with Eating Disorders. *Eur Eat*

- Disord Rev. 2015;23(6):531–6.
41. Fox A, Feng W, Asal V. What is driving global obesity trends? Globalization or “modernization”? *Global Health*. 2019;15(1):32
 42. Chea M, Mobley AR. Factors Associated with Identification and Consumption of Whole-Grain Foods in a Low-Income Population. *Curr Dev Nutr*. 2019;16;3(7)
 43. Trudeau E, Kristal AR, Li S, Patterson RE. Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: Implications for dietary interventions. *J Am Diet Assoc*. 1998;98(12):1412–7.
 44. Archie SM, Goldberg JO, Akhtar-Danesh N, Landeen J, McColl L, McNiven J. Psychotic Disorders , Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes? *Psychiatr Serv*. 2007;58(2):233–9.
 45. Menezes MC, Mingoti SA, Cardoso CS, Mendonça R de D, Lopes ACS. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements — A randomized controlled trial. *Eat Behav*. 2015;17:37–44.
 46. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102–14.
 47. Andretta I, Oliveira M da S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicol Clínica*. 2005;17(2):127–39.
 48. Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(101):338–46.
 49. Selçuk-Tosun A, Zincir H. The effect of a transtheoretical model – based motivational interview on self - efficacy , metabolic control , and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus : A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2019;1–12.
 50. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes*. 2005;29:122–8.

Tabela 1. Caracterização dos participantes de acordo com a presença de TCAP. Porto Alegre (RS), 2019.

Variáveis*	Sem TCAP (n=52)	Com TCAP (n=21)	Valor P
Idade, em anos	54,25 ±13,10	50,86 ±11,94	0,352
Sexo (%)			0,019
Masculino	18 (34,6%)	1 (4,8%)	
Feminino	34 (65,4%)	20 (95,2%)	
Raça (%)			0,543
Branca	35 (67,3%)	15 (71,4%)	
Parda	10 (19,2%)	5 (23,8%)	
Negra	7 (13,5%)	1 (4,8%)	
Estado civil (%)			0,304
Solteiro	8 (15,4%)	6 (28,6%)	
Casado/em união	37 (71,2%)	10 (47,6%)	
Separado/divorciado/viúvo	7 (13,5%)	5 (23,8%)	
Escolaridade (%)			0,265
1º grau incompleto	20 (38,5%)	5 (23,8%)	
1º grau completo	11 (21,2%)	5 (23,8%)	
2º grau completo	14 (26,9%)	10 (47,6%)	
Superior completo	7 (13,5%)	1 (4,8%)	
Ocupação (%)		(n=15)	0,208
Renda formal	13 (25,0%)	10 (47,6%)	
Renda por aposentadoria/auxílio	26 (50,0%)	6 (28,6%)	
Desempregado	13 (25,0%)	5 (23,8%)	

* Resultados apresentados em média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas e em valor absoluto (n) e frequência (%) para as variáveis qualitativas. Diferença entre os grupos testada pelo teste t Student para as variáveis quantitativas e teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas. Valor de significância $p < 0,05$.

Tabela 2. Hábitos alimentares e de consumo de bebidas alcoólicas ao início e final do acompanhamento, de acordo com a presença de TCAP. Porto Alegre (RS), 2019

Variáveis*	Sem TCAP (n=50)	Valor P^a	Com TCAP (n=16)	Valor P^b	Valor P^c
Bebida alcoólica		0,706		0,625	
Basal (%)					0,527
Pelo menos 3x/semana	3 (6%)		0 (0,0%)		
Eventualmente	10 (20,0%)		4 (25,0%)		
Nunca	37 (74,0%)		12 (75,0%)		
Retorno (%)					0,411
Pelo menos 3x/semana	2 (4,0%)		0 (0,0%)		
Eventualmente	12 (24,0%)		2 (12,5%)		
Nunca	36 (72,0%)		14 (87,5%)		
Frutas		0,559		0,644	
Basal					0,641
Quase nunca/nunca	6 (12,0%)		2 (12,5%)		
3-6x/semana	14 (28,0%)		7 (43,8%)		
Diariamente	30 (60,0%)		7 (43,8%)		
Retorno					0,965
Quase nunca/nunca	7 (14,0%)		2 (12,5%)		
3-6x/semana	14 (28,0%)		5 (31,3%)		
Diariamente	29 (58,0%)		9 (56,3%)		
Verduras		0,644		0,261	
Basal					0,581

Quase nunca/nunca	5 (10,0%)	3 (18,8%)	
3-6x/semana	13 (26,0%)	4 (25,0%)	
Diariamente	32 (64,0%)	9 (56,3%)	
Retorno			0,366
Quase nunca/nunca	6 (12,0%)	2 (12,5%)	
3-6x/semana	15 (30,0%)	2 (12,5%)	
Diariamente	29 (58,0%)	12 (75,0%)	
Leite integral		0,733	0,172
Basal			0,864
Quase nunca/nunca	33 (63,5%)	12 (60,0%)	
3-6x/semana	4 (7,7%)	1 (5,0%)	
Diariamente	15 (28,8%)	7 (35,0%)	
Retorno			0,736
Quase nunca/nunca	36 (69,2%)	15 (75,0%)	
3-6x/semana	4 (7,7%)	2 (10,0%)	
Diariamente	12 (23,1%)	3 (15,0%)	
Margarina		0,584	0,261
Basal			0,772
Quase nunca/nunca	23 (46,9%)	9 (56,3%)	
3-6x/semana	7 (14,3%)	1 (6,3%)	
Diariamente	19 (38,8%)	6 (37,5%)	
Retorno			0,316

Quase nunca/nunca	27 (55,1%)	12 (75,0%)	
3-6x/semana	4 (8,2%)	1 (6,3%)	
Diariamente	18 (36,7%)	3 (18,8%)	
Embutidos		0,721	0,368
Basal			0,352
Quase nunca/nunca	36 (73,5%)	9 (56,3%)	
3-6x/semana	10 (20,4%)	5 (31,3%)	
Diariamente	3 (6,1%)	2 (12,5%)	
Retorno			0,782
Quase nunca/nunca	39 (79,6%)	12 (75,0%)	
3-6x/semana	6 (12,2%)	3 (18,8%)	
Diariamente	4 (8,2%)	1 (6,3%)	
Frituras		0,028	0,228
Basal			0,849
Nunca	19 (37,3%)	8 (40,0%)	
1x/semana	18 (35,3%)	6 (30,0%)	
Pelo menos 2x/semana	14 (27,5%)	6 (30,0%)	
Retorno			0,831
Nunca	30 (58,8%)	13 (65,0%)	
1x/semana	13 (25,5%)	5 (25,0%)	
Pelo menos 2x/semana	8 (15,7%)	2 (10,0%)	
Peixe		0,424	0,250

Basal			0,023
Não come	15 (30,0%)	11 (68,8%)	
Come	35 (70,0%)	5 (31,3%)	
Retorno			0,031
Não come	11 (22,0%)	8 (50%)	
Come	39 (78,0%)	8 (50%)	

*Resultados apresentados em valor absoluto (n) e frequência (%) para as variáveis qualitativas. Comparação entre basal e retorno em cada grupo pelo teste McNemmar. Diferença entre os grupos testada pelo teste t Student para as variáveis quantitativas e teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas, assim como comparação dos grupos. Valor de significância $p < 0,05$. ^ap-valor referente à mudança no basal e retorno no grupo sem TCAP. ^b p-valor referente à mudança no basal e retorno no grupo com TCAP. ^cp-valor referente a ambos os grupos.

Tabela 3. Medidas antropométricas conforme grupo, ao início e ao final do acompanhamento. Porto Alegre (RS), 2019.

Variáveis*	Sem TCAP (n=50)				Valor P	Com TCAP (n=16)				Valor P	Valor P (Δ)
	Momento I	DP	Momento II	DP		Momento I	DP	Momento II	DP		
Peso (kg)	95,6	\pm 13,5	95,4	\pm 13,0	0,569	97,4	\pm 16,0	96,1	\pm 16,6	0,074	0,218
IMC (kg/m ²)	36,2	\pm 4,7	36,1	\pm 4,4	0,681	39,6	\pm 7,2	39,0	\pm 7,7	0,056	0,144
CC (cm)	111,7	\pm 10,3	112,4	\pm 10,1	0,287	113,2	\pm 11,5	113,8	\pm 12,4	0,442	0,913
CP (cm)	41,0	\pm 3,4	40,7	\pm 3,3	0,205	39,6	\pm 3,4	39,0	\pm 2,1	0,407	0,508

*Resultados apresentados através de média e desvio padrão. Avaliação na mudança dos parâmetros realizada através do modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE) com ajuste por Bonferroni. Valor P para representar o momento basal *versus* retorno de cada grupo e valor P Δ para representar a comparação entre grupos.

IMC = Índice de Massa Corporal. CC = Circunferência da cintura. CP = Circunferência do pescoço.

Tabela 4. Diferença entre a recomendação orientada e o consumo de macronutrientes, fibras, colesterol e gordura saturada em ambos os grupos. Porto Alegre (RS), 2019.

Variáveis*	Sem TCAP (n=44)	Desvio- padrão	Valor p	Com TCAP (n=14)	Desvio- padrão	Valor p	Valor p (Δ)
Valor calórico total (Kcal)	-311,37	429,1	0,000	-281,4	426,4	0,051	0,832
Carboidratos (%)	-11,74	6,0	0,000	- 13,7	7,2	0,000	0,318
Proteínas (%)	+4,94	3,1	0,000	+4,36	4,4	0,003	0,594
Lipídeos (%)	+6,91	4,4	0,000	+9,67	5,3	0,000	0,057
Fibras (g)	-8,92	5,7	0,000	-7,15	8,5	0,008	0,378
Colesterol (mg)	-54,13	104,1	0,001	-54,87	136,7	0,157	0,983
Gordura saturada (%)	+3,40	4,2	0,000	+5,12	5,00	0,002	0,206

*Resultados mostrados através da diferença entre o que foi consumido e o que foi orientado. Utilizou-se teste t de Student para uma amostra e teste t de Student para amostras independentes para avaliar a adesão em cada grupo e entre os grupos, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível responder todos os nossos objetivos de forma clara. Comprovamos uma alta prevalência do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) entre indivíduos obesos ao encontrar que 27,11% dos participantes do nosso estudo compuseram o grupo com TCAP. Vimos que tanto os pacientes obesos rastreados positivamente com o transtorno de compulsão alimentar periódica quanto os rastreados negativamente apresentaram o mesmo comportamento quando se trata da adesão ao tratamento dietético orientado por profissionais da nutrição. Não foi mostrada diferença entre a mudança no padrão antropométrico, o qual envolveu peso, índice de massa corporal, circunferência da cintura e pescoço, e também não foi observada uma diferença significativa quanto à ingestão de calorias e macronutrientes. Quando comparados de forma individual, ambos apresentam diferença significativa entre o que foi orientado e o que foi consumido, tanto para mais quanto para menos, dependendo do nutriente avaliado. O que mais chamou atenção foi a baixa ingestão calórica e de carboidratos e alto consumo de gordura.

Em relação a hábitos alimentares específicos, como o consumo de frutas, verduras, leite integral, margarina, embutidos e frituras também não houve diferença entre os dois grupos, nos levando a entender que não existe alimentos que estão intimamente relacionados, de forma individual, com a presença ou ausência do transtorno. Quando avaliados alguns comportamentos, como ingestão de álcool e prática de atividade física, também não houve associação.

Da mesma forma, a presença de comorbidades clínicas não se faz mais presente em um grupo ou outro.

Tendo em vista que não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis avaliadas entre os dois grupos, novos estudos devem ser realizados com uma amostra maior para confirmar os achados deste estudo.

Além disso, na nossa discussão, trazemos a sugestão de incluir métodos cognitivos e motivacionais ao tratamento destes indivíduos, considerando que na literatura vemos que seus efeitos são positivos.

ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELAÇÃO ENTRE ADESÃO AO TRATAMENTO DIETÉTICO E PRESENÇA DE TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA EM PACIENTES OBESOS

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Relação entre adesão ao tratamento dietético e presença de transtorno de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos”, o qual traz como objetivo avaliar se existe interferência do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) na adesão de dieta em pacientes obesos encaminhados para tratamento. Verifica-se que a aceitação de dietas entre indivíduos portadores de doenças crônicas é baixa e a identificação de barreiras à adesão às recomendações dietéticas se torna fundamental para a implementação de estratégias com o objetivo de gerenciar o seu crescimento e suas consequências.

Os dados serão coletados a partir da aplicação de alguns questionários. Seus dados como idade, escolaridade e estado civil serão questionados ou coletados de seu prontuário. Avaliaremos o seu peso, a sua altura e faremos algumas medidas na sua cintura (circunferência da cintura) e no seu pescoço (circunferência do pescoço), com uma fita métrica. Os valores encontrados serão anotados no questionário de coleta de dados e faremos mais um questionário chamado *Escala de Compulsão Alimentar Periódica* (ECAP). Haverá dois contatos com o (a) senhor (a), sendo o primeiro em consulta ambulatorial e o segundo em um momento a parte, três meses depois.

O trabalho está sendo realizado pela nutricionista e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) Rafaela Fernandes Mundstock: (51) 997090538, e-mail: rafaelamundstock@hotmail.com, sob a supervisão e orientação da professora nutricionista Fernanda Michielin Busnello. Você tem o direito de não participar e/ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo ao seu atendimento. Dúvidas podem ser esclarecidas, pois os participantes da pesquisa receberão uma cópia do TCLE com contatos da pesquisadora, assim como o do Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) localizado no sexto andar do Hospital Dom Vicente Scherer do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: fone/fax: (51) 3214.8571, e-mail: cep@santacasa.tche.br. Toda e qualquer informação obtida a partir deste estudo serão confidenciais e serão divulgadas somente em publicações e eventos científicos, com a identificação dos pacientes mantidas em sigilo. Este estudo apresenta riscos mínimos a você; não haverá benefício direto para você com os resultados desse estudo, mas poderemos verificar a presença de TCAP entre os pacientes obesos do ambulatório de nutrição metabólica e identificar se este transtorno é uma barreira para a adesão ao tratamento dietético.

Eu _____ afirmo ter lido as informações passadas através deste termo de consentimento, onde os procedimentos e objetivos do estudo foram explicados. Declaro que tive a oportunidade de fazer questionamentos e que decidi participar de forma voluntária desta pesquisa.

Data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador