

IONE MARGARIDA DE SOUZA COLETTY

**TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICA (TCAP) E ANSIEDADE EM
ADOLESCENTES OBESOS**

CAMPINAS

2005

IONE MARGARIDA DE SOUZA COLETTY

**TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICA (TCAP) E ANSIEDADE EM
ADOLESCENTES OBESOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas.

ORIENTADOR: PROF.DR. FRANCISCO BAPTISTA ASSUMPÇÃO Jr.

CAMPINAS

2005

IDE	BC
AMADA	T/UNICAMP
	C.679t
EX	
NO BC/	60318
..	16-p-0008605
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
CO	11,00
A	09177105
PD	

Bibid 373331

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

9
C674t

Coletty, Ione Margarida de Souza

Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. / Ione Margarida de Souza Coletty. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Francisco Baptista Assumpção Júnior
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos da Alimentação. 2. Ansiedade. 3. Obesidade. 4. Comportamento do adolescente. I. Assumpção Júnior, Francisco Baptista . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/fcm)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

DEDICATÓRIA

Ao Carlos, querido companheiro, cuja presença e amor tem sido capaz de transformar o trabalho árduo em doce e suave entretenimento.

À Viviana e ao Rodrigo, bênçãos de Deus, luzes da minha existência.

Ao meu pai, e à minha mãe, com todo meu carinho.

AGRADECIMENTOS

No tempo e espaço percorridos para a realização deste trabalho foram muitas as pessoas que dele participaram com precioso auxílio, sem o qual ele não teria se realizado. Algumas, em determinado momento importante e necessário, outras em vários momentos importantes, e outras o tempo todo. São, portanto, tantos e merecidos os agradecimentos que devem ser feitos que, antecipadamente deixo minhas desculpas por possíveis esquecimentos.

Agradeço ao Carlos por me acompanhar nesta jornada, auxiliando, ensinando e estimulando todo o tempo.

Quero agradecer e manifestar meu respeito e admiração ao Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr., que com profundo conhecimento e competência me orientou e possibilitou a realização desta dissertação.

Agradeço a Profa. Dra. Maria Marta Magalhães Battistoni que com doçura e gentileza, se dispôs a me ouvir e auxiliar nos primeiros passos deste trabalho, sugerindo, questionando e incentivando sua continuidade.

Agradeço a Profa. Dra. Silvia Ciasca pelas questões e comentários estimuladores.

Agradeço a Profa. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden pelas críticas e recomendações valiosas.

Agradeço à querida amiga Celene Ap. Sarkis Pegorari, companheira de estudo e grande incentivadora.

Agradeço à Mônica G. de Almeida que com paciência, atenção e cuidado, me auxiliou, desde o início, em toda a documentação e prazos necessários à confecção deste trabalho.

Agradeço a Marcinha do Programa de PG em Ciências Médicas pela colaboração e pelos alertas de prazos.

Agradeço ao pessoal da Comissão de Pesquisa - Estatística - FCM, especialmente à Priscila que me auxiliou no entendimento de testes e tabelas.

Agradeço ao pessoal do Apoio Didático pelo apoio e pelos "tsurus" de natal.

Agradeço aos Drs. Oscar Faria Jr. e Cândido Lemos Garcia que gentilmente permitiram a realização da pesquisa no Programa de Medicina Preventiva - Viva Bem - da UNIMED - Baixa Mogiana.

Agradeço a Profa. Renata Padovani com quem pude contar em colaboração e sugestões.

Agradeço às meninas do Viva Bem, Flávia, Giseli e Vanessa cujo auxílio foi imprescindível para esta pesquisa.

Agradeço aos colegas da UNISER pela compreensão e tolerância por minhas ausências necessárias.

Agradeço especialmente aos adolescentes que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa



(Naturhistorisches Museum, Vienna)

Venus of Willendorf

c. 24,000-22,000 BCE

Oolitic limestone

43/8 inches (11.1 cm) high

SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
INTRODUÇÃO	33
CAPÍTULO I - OBESIDADE	40
CAPÍTULO II - ADOLESCÊNCIA E CORPO	57
CAPÍTULO III - TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	62
CAPÍTULO IV - ANSIEDADE	69
OBJETIVOS	73
METODOLOGIA	77
Método	80
Procedimentos	83
RESULTADOS	85
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
CONCLUSÃO	105
ANÁLISE ESTATÍSTICA	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	127

LISTA DE ABREVIATURAS

TCAP Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

IMC Índice de Massa Corporal

ECAP Escala de Compulsão Alimentar Periódica

IDATE Inventário de Ansiedade Traço - Estado

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1- Caracterização da Amostra.....	88
Tabela 2- Médias de IMC nos grupos com TCAP e sem TCAP.....	89
Tabela 3- Comparação de IMC com resultados da ECAP.....	89
Tabela 4- Ansiedade-traço por índices de IMC nos grupos.....	90
Tabela 5- Médias de Ansiedade-estado por grupo.....	91
Tabela 6- Médias de Ansiedade-traço por grupo.....	91
Tabela 7- Índices de Ansiedade-traço distribuídos por grupos com TCAP e sem TCAP.....	92
Tabela 8- Comparação entre Ansiedade-traço por ECAP.....	93

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Classificação da obesidade segundo o risco para a saúde.....	44
Quadro 2- Valores de IMC para sobrepeso e obesidade agrupados por sexo e faixa etária.....	46
Quadro 3- Resultados de concordância da ECAP.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1- Porcentagem dos sujeitos por nível de ansiedade-traço.....	93

RESUMO



Este trabalho teve como objetivo verificar a presença do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - TCAP em adolescentes obesos e se existe alguma correlação entre este transtorno e a ansiedade. Para isto realizou-se um estudo de delineamento transversal, utilizando-se método quantitativo. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: entrevista para identificação do transtorno, segundo critérios do DSM-IV; Índice de Massa Corporal – IMC; Escala de Compulsão Alimentar – ECAP; e Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE. Foram pesquisados 73 adolescentes obesos e com sobrepeso, com idade entre 11 e 18 anos respeitando sua ordem natural de procura ao Programa de Medicina Preventiva da UNIMED Baixa Mogiana. Os instrumentos permitiram avaliar as seguintes variáveis: idade, sexo, IMC, TCAP e Ansiedade Traço e Estado. Os sujeitos foram divididos em 2 grupos: com TCAP e sem TCAP (grupo-controle), e comparadas às demais variáveis entre eles. Os dados da pesquisa permitiram também avaliar a escolaridade destes sujeitos, que variou da 5^a. série do ensino fundamental até a 3^a. série do ensino médio. Os resultados tiveram análise estatística com testes não paramétricos e utilizando-se um nível de significância de 5%, com $p\text{-valor} = 0,05$. Os resultados evidenciaram que os índices de IMC e ansiedade-traço mostraram-se estatisticamente mais significativos no grupo com TCAP que no grupo sem TCAP, indicando uma presença maior de ansiedade e de obesidade nos adolescentes que apresentaram TCAP. Estes resultados encontraram semelhança com o de estudos anteriores e, apesar das limitações da pesquisa, podem ser indicativos de fatores de risco consideráveis para a obesidade e outros transtornos na adolescência. Podem também contribuir para um melhor conhecimento desta categoria diagnóstica mais recente que é o TCAP e de sua relação com a ansiedade nos adolescentes obesos.

ABSTRACT



This work had as objective to verify the presence of Binge Eating Disorder (BED) in obese adolescents and if it has some correlation with anxiety. For this accomplishment a cross-sectional study and a quantitative method was used. The research instruments used were: identification interview of BED, according to DSM-IV criteria; Body Mass Index (BMI); Binge Eating Scale (BES); and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Seventy three obese and overweight adolescents were researched, with age between 11 and 18 years old, respecting their natural order of searching to the Program of Preventive Medicine of UNIMED - Baixa Mogiana. The instruments allowed were used to evaluate the following variables: age, sex, BMI, BED and State-Trait Anxiety. The subjects were divided in 2 groups: with BED and without BED (group-control), and compared the other variables between the two groups. The data of the research also allowed to evaluate the education of the subjects: varying from the class V of secondary school and 3o. degree of high school. Over the results a statistical analysis with nonparametric tests were used, utilizing a level of significance of 5%, with p-value = 0,05. The results evidenced that the indexes of BMI and of anxiety-trait were significantly higher in the group with BED that in the group without BED, indicating that the adolescents with BED presented a larger tendency for anxiety and obesity that the subjects that didn't present BED. These results of this work are likeness the results of previous studies. And in spite of the limitations of the research, they can be indicative of considerable risk factor for the obesity and other disorders in the adolescence. They can also contribute to a better knowledgement of BED, this recent diagnostic category, and of their relationship with the anxiety in the obese adolescents.

INTRODUÇÃO

A prática clínica tem mostrado um aumento considerável de pacientes obesos, adultos, adolescentes e crianças, que procuram ajuda psicológica pela obesidade em si mesma, ou por outros motivos e patologias.

Muitas questões, dúvidas e preocupações têm surgido a partir do trabalho clínico-psicológico com estes casos, evidenciando-se o interesse e a necessidade de se pesquisar sobre os determinantes psíquicos que participariam na gênese e evolução da obesidade, no intuito de um melhor entendimento desta enfermidade e suas possibilidades de tratamento, ou prevenção.

PARIZZI & TASSARA (2001), abordam que o aumento da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes, as suas repercussões biopsicossociais, os percentuais de insucessos terapêuticos e recidivas, e o grande risco de que a criança obesa se torne um adulto obeso, apontam a obesidade como um dos grandes problemas e fator de risco para a saúde na infância.

Uma preocupação constante no tratamento com obesos tem sido os insucessos dos tratamentos clínicos de forma geral, que se mostram muitas vezes infrutíferos na manutenção definitiva da conquista de perda de peso (WADDEN, 1999; AJURIAGUERRA, 1986).

FONSECA et al. (2001), apontam os resultados insatisfatórios, a médio prazo, das propostas convencionais de tratamento da obesidade, como dietas e atividade física, e relatam que menos de 1% das pessoas que fazem um regime alimentar bem-sucedido de curta duração mantém o peso em níveis satisfatórios 3 a 5 anos após a interrupção do regime. Estes autores chegam a conceituar a obesidade como uma síndrome clínica frequente e complexa, cujo tratamento é fonte usual de frustração para médicos e pacientes.

Também para WADDEN (1999, pg. 1602) “a obesidade é um dos transtornos mais refratários da medicina. Sem tratamento, a grande maioria das pessoas obesas continuará a ganhar peso, enquanto as que perdem peso pelos métodos convencionais provavelmente o recuperarão dentro de cinco anos”.

Os autores AJURIAGUERRA (1986); WADDEN, (1999); e FONSECA, et al. (2001), apontam também que a perda de peso é, em geral, mais fácil de se obter do que a manutenção desta perda.

Alguns estudos (APPOLINARIO, 1995; CORDÁS, 2001; PAPELBAUOM, 2001) referem que o obeso, com muita frequência, encontra-se em luta com a dificuldade de controle para o comportamento de comer e daí a dificuldade para a perda ou manutenção do peso.

Outros estudos indicam aspectos do que poderia estar envolvido no comportamento do comer do obeso. BATTISTONI (1996) em pesquisa com adolescentes obesas aponta que essas tendem sempre a voltar-se para a comida como única forma garantida de prazer, diminuindo outros prazeres e formas de satisfação de sua vida.

DALGALARRONDO (2000), coloca a obesidade dentro de uma classificação de “Síndromes relacionadas ao comportamento alimentar”, juntamente com os outros transtornos do comportamento alimentar como a anorexia e a bulimia, dando destaque ao perfil e problemas emocionais do obeso.

Outros estudos também reconhecem fatores psíquicos na dinâmica da obesidade. DEITOS et al (1995), afirmam que as relações entre o peso, alterações de apetite e a depressão já eram observadas desde a antiguidade greco-romana por Areteo da Capadócia, e que “o papel desempenhado pela obesidade em suas relações etiopatogênicas com a depressão distribuem-se em 2 categorias: a obesidade como origem da depressão e como sintoma da mesma.” Apontam que fatores psíquicos como a depressão, são considerados nas relações etiopatogênicas da obesidade desde há muito tempo.

Apesar disto WADDEN (1999) considera que a forma de lidar com esta enfermidade e de tratá-la parece não ter apresentado muitas mudanças e ressalta que “o tratamento (de obesos) permanece semelhante ao descrito por Hipócrates há aproximadamente 2.500 anos”, No entanto, o crescente número de pessoas obeso nos países ocidental, justificaria a necessidade de tratamentos mais atualizados.

Hipócrates (médico grego 460-377 a.C.), segundo BROWNELL (1995), já alertava para os riscos da obesidade, evidenciando que a morte súbita era mais comum nos indivíduos naturalmente gordos do que nos magros, e suas recomendações para o tratamento incluíam: trabalho pesado, alimentos gordurosos, para que o indivíduo se satisfizesse com menos comida, comer uma vez ao dia, dormir em cama dura e andar tanto quanto possível.

FONSECA, et. al. (2001), apontam que a obesidade tem crescido nos países europeus e nos Estados Unidos, chegando a 40% entre as mulheres em alguns países mediterrâneos. E no Brasil, da mesma forma tem-se verificado um aumento significativo de pessoas obesas.

McELROY, et al.(2002), colocam que nos períodos de 1988 a 1994, observou-se que, na população geral dos Estados Unidos, 55% apresentavam sobrepeso e 27% apresentavam obesidade.

Recentemente, em função desta explosão mundial no número de pessoas obesas, tem havido uma preocupação maior para se olhar a obesidade como uma doença e para as possibilidades multidisciplinares de seu tratamento.

Este olhar multidisciplinar dos profissionais de saúde, incluindo os de saúde mental, para a obesidade como doença, abre um espaço importante para estudos a respeito dos vários aspectos nela implicados.

“A obesidade é um distúrbio psicossomático por excelência. Os estudos etiopatogênicos descrevem determinantes genéticos, neuro-endócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos. A inter-relação entre estes diferentes elementos é complexa e dinâmica, de tal modo que o isolamento de um deles possibilita compreensão mais precisa de um aspecto do problema” (BETARELLO 1988, pg. 194).

BATTISTONI (1996) apresenta uma visão psicossomática da obesidade e aponta a importância de fatores psíquicos que interferem no desencadeamento e manutenção da mesma. Encontra vários traços comuns na personalidade das obesas

estudadas, bem como alguns mecanismos psíquicos de defesa predominantes, e conclui que muito pouco dos casos estudados poderiam evoluir positivamente, sem ajuda psicológica complementar.

Destaca ainda a importância dos fatores psicossociais no desencadeamento e manutenção da obesidade relacionando algumas características de personalidade mais comuns encontradas nos casos estudados, como: tendência à depressão, sentimento de inferioridade e de vazio interior, dependência e passividade, agressividade reprimida, entre outros.

Em 1986 AJURIAGUERRA já encontrara em seus estudos aspectos psicopatológicos de depressão na criança obesa, com sentimentos intensos de vazio, falta e ausência, contra os quais o obeso procura proteger-se. A obesidade, segundo o autor, desempenharia o duplo papel de proteção contra um ambiente visto como perigoso e de uma garantia da própria integridade e do valor da auto-imagem. A partir das observações e reflexões psicopatológicas, conclui que o tratamento da criança obesa que visa apenas o sintoma incorre certamente no insucesso, pois rapidamente ela recupera os quilos perdidos. A forma de abordar o problema precisa atingir os aspectos psicossomáticos da obesidade.

WERUTSKY, e BARROS (2000), utilizam a denominação "obesos compulsivos" para pessoas acometidas pela obesidade com comportamento alimentar compulsivo. Colocam que a maioria destes obesos apresenta oscilações de peso, predominantemente o aumento. E ainda, que obesos com ataques de comer costumam apresentar obesidade com início na infância, e engajam-se mais cedo em programas de dieta, frequentemente apresentam transtornos da imagem corporal, além de sintomas depressivos e uso abusivo de álcool e drogas.

Os estudos e pesquisas sugerem portanto que a obesidade é uma doença com implicações psíquicas importantes e que justificam maiores estudos.

Vários núcleos universitários vêm realizando estudos com grupos de pacientes com bulimia, anorexia e obesidade, incluindo-os como categorias de transtornos alimentares (CORDÁS, 2001). Seguindo linha de trabalho semelhante, a UNIMED da Baixa Mogiana - SP vem realizando programas de medicina preventiva com grupos de pacientes de risco e entre eles, os obesos.

É no trabalho com estes grupos que visualizamos a possibilidade de realizar o estudo com os adolescentes que procuram a UNIMED para atendimento da obesidade. Consideramos a observação de BATTISTONI (1996) de que em nossa cultura, a preocupação com a silhueta é muito mais acentuada entre adolescentes, e que as adolescentes obesas apresentam maiores dificuldades do que as adolescentes normais para superarem os conflitos típicos desse período evolutivo. Parece-nos porém, que estes fatores não se encontram presentes apenas nas adolescentes mulheres, mas também nos homens. No estudo com adolescentes obesos de ambos os sexos, procuramos verificar o comportamento alimentar e a ansiedade enquanto fator psíquico implicado.

CAPÍTULO I - OBESIDADE

FISBERG (1995) refere a obesidade entre as enfermidades mais antigas da humanidade, evidenciada nos desenhos rupestres pré-históricos, em que o homem é representado com aspectos de peso excessivo para sua altura. Ingeria enormes quantidades de alimentos com o objetivo de armazenar energia para a sobrevivência em meio inóspito.

MARTINS e MICHELETTI (1995) indicam que a representação de arte mais antiga da obesidade humana está no Museu de História Natural de Viena, a Vênus de Willendorf, de 25.000 anos atrás, relacionada provavelmente à maternidade e/ou fertilidade.

Ao longo da história da humanidade, através de obras de arte de grandes artistas, pode-se observar que a obesidade, ou especialmente o padrão de beleza relativo ao corpo feminino sofre mudanças. BROWNELL (1995) aborda que há uma rica história através dos séculos que indica notáveis mudanças na forma como o excesso de peso é visto. E cita que desde a famosa "Venus de Willendorf", uma figura feminina bastante forte, até o ideal excessivamente magro de hoje, numerosas mudanças têm ocorrido, mesmo dentro deste século, nas conceitualizações da obesidade.

Por volta de 1300 e 1400 as Madonas de pintores como Cimabue, Van der Goes e Simone Martini (MONDADORI, 1968) eram representadas com formas delgadas e até esqueléticas. Próximo a 1500 porém, pode-se apreciar obras como as de Vênus de Boticelli (por volta de 1490), ou as de Ticiano (1560) e Jacopo Tintoretto (1550), que retratam mulheres de formas bem arredondadas como As Tres Graças de Paul Rubens, (1577). No século XIX (MONDADORI, 1968), obras como as de Delacroix (Liberdade liderando o Povo), Ingres (O banho Turco), Auguste Renoir (Banhista) entre outros pintores, ainda mostram figuras de mulheres com formas que, atualmente seriam consideradas obesas.

FISBERG (1995) também refere a mudança do olhar sobre a obesidade ao longo da história em que "nas sociedades antigas, babilônicas, gregas, romanas e outros povos, a condição de sucesso econômico associava-se ao aumento do panículo adiposo, e refeições nababescas, orgias alimentares eram o apanágio do excesso e do poder". Este autor aborda que na Idade Média e no Renascimento, o padrão estético feminino

privilegiava a mulher com formas arredondadas, matronais e sensuais ao mesmo tempo, contrastando com a mudança dos anos 60 em que a busca de um corpo magro, atlético e de formas muito definidas, passou a dominar o padrão estético.

A obesidade parece passar então de padrão de beleza cultuado por séculos, para se transformar na vilã dos tempos modernos, perseguida por preconceitos e objeto-alvo de "fórmulas mágicas" de tratamentos para se atingir o peso ideal.

BROWNELL (1995) afirma que entender a história de como a obesidade tem sido vista é importante em uma série de perspectivas, e que os conceitos modernos têm sido formados pela história e existe dentro de um contexto cultural predominante.

Além da outra fronteira do padrão estético, está o padrão de saúde com que se deve olhar para esta doença.

WADDEN (1999), trata a obesidade como "um excesso de gordura corporal, que normalmente responde por aproximadamente 25% do peso em mulheres e 18% em homens".

FONSECA et.al. (2001), conceituam a obesidade como " uma síndrome crônica, decorrente de múltiplas causas, com poucas possibilidades de cura, mas passível de controle em longo prazo, desde que o paciente queira, aprenda e tenha condições de operar mudanças na estrutura de seu cotidiano e em sua relação com os alimentos"

Alguns estudiosos apresentam uma definição mais simplificada e matemática da obesidade: "é um desequilíbrio entre o que ingerimos e o que gastamos de energia". (VIUNISKI, 1999).

HALPERN, et al. (1988) coloca a obesidade como uma síndrome com várias causas, e também BETTARELLO (1988) vê a obesidade como uma síndrome em que o excesso de tecido adiposo é resultado da interação entre fatores genéticos metabólicos, neuro-endócrinos, dietéticos, sociais, familiares e psicológicos.

ESCRIVÃO et al. (2000), considera a obesidade “uma doença crônica, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, com sérias repercussões orgânicas e psicológicas, especialmente nas formas mais graves”.

KAPLAN E KAPLAN (1957) apud ANARUMA (1995), referem que existem dois tipos de obesidade: *exógena*, simples ou comum e *endógena*, metabólica ou endócrina. Ambas, no entanto são devidas a hiperalimentação. A obesidade é chamada de exógena quando não apresenta causa orgânica em sua etiologia, e de endógena quando está associada a quadros orgânicos como disfunções endócrinas ou síndromes cromossômicas (insulinomas, Síndrome de Cushing, doenças hipotalâmicas, síndrome de Prader-Willi e Lawrence Moon-Biedl, etc.). HALPERN (1988) aponta que as obesidades de causa endócrina constituem minoria absoluta entre as etiologias de excesso de peso.

"O mecanismo gerador básico da obesidade exógena é o balanço energético positivo", ou seja, o obeso tem uma ingestão alimentar maior que o seu gasto energético. As razões para este 'erro de conta' são complexas, ligadas a múltiplos fatores, como genéticos, ambientais, culturais, emocionais. (PARIZZI e TASSARA, 2001).

VIUNISKY (1999) refere que a obesidade endógena, secundária ou sindrômica, está ligada a problemas endocrinológicos, genéticos e doenças neurológicas, e representa pequena porcentagem, enquanto que a obesidade exógena, simples ou primária, representa mais de 95% de crianças com problemas de peso.

FISBERG (1995) também aponta que a obesidade exógena ou nutricional é responsável por provavelmente 95% dos casos de obesidade, que pode ser explicada, nos hiperfágicos, por alterações emocionais, culturais, regulatórias e metabólicas.

CAMPOS (1995) refere que

na obesidade exógena a dinâmica ambiental familiar em indivíduos

geneticamente predispostos representa a maior parte dos casos e tem como características o excesso de ingestão alimentar, o sedentarismo, os hábitos alimentares, o relacionamento intrafamiliar complicado, o consumismo, o desmame precoce, a introdução precoce de alimentos

sólidos, as substituições de refeições por lanches, as relações psicoafetivas alteradas, os grandes conflitos, os distúrbios do vínculo mãe-filho.

BATTISTONI, (1996), lembra que é a obesidade exógena que mais interessa aos pesquisadores, em função de sua multiplicidade de fatores ainda por ser estudados e identificados. E é esta que também nos interessa neste trabalho.

I.a - AVALIAÇÃO DA OBESIDADE

Há vários métodos para se avaliar a obesidade, e todos recebem críticas em função de suas limitações ou falhas, por não se adaptarem a todos os casos ou por serem às vezes complicados de se utilizar. As classificações mais largamente utilizadas atualmente segundo COUTINHO (2002), baseiam-se na gravidade do excesso ponderal e nas características anatômicas e metabólicas do tecido adiposo,

O Índice de Massa Corporal (IMC), também conhecido como Índice de Quetelet, que correlaciona o peso (em quilos) com o quadrado da altura (em metros). $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$ é, de acordo com FONSECA et al. (2001) um dos métodos mais conhecidos e aceitos pela Organização Mundial da Saúde, e o método quantitativo mais utilizado para definir obesidade e classificá-la em diferentes graus. Também segundo ZIPPER et al. (2001), o IMC é um bom índice de corpulência e é largamente utilizado.

Por ser um indicador de corpulência e não de adiposidade, porém, o método recebe críticas pelo fato de não diferenciar entre massa gorda e massa magra, podendo apresentar um falso-positivo, por exemplo, no caso de um indivíduo com a massa muscular muito desenvolvida (COUTINHO, 2002).

A classificação da obesidade, de acordo com o IMC, é definida da seguinte maneira, segundo a Metropolitan Life Insurance Company (HALPERN, et al. 1988)

Quadro 1- Classificação da obesidade segundo o risco para a saúde

IMC (kg/m ²)	Classificação	Risco para a saúde
18,0 - 24,9	Peso saudável	Sem risco
25,0 - 29,9	Sobrepeso	Moderado
30,0 - 34,9	Obesidade Grau I – leve	Alto
35,0 - 39,9	Obesidade Grau II - moderada	Muito alto
> 40,0	Obesidade Grau III – grave ou mórbida	Extremo

De acordo com esta classificação, o índice de massa corporal considerado saudável, ou seja, sem risco para a saúde, vai de 18,0 a 24,9. Acima de 25 já é considerado índice não saudável, ou seja, com fator de risco para a saúde. No intervalo de 25 a 29,9 a classificação é denominada sobrepeso, e de acordo com COUTINHO, (2002) estudos populacionais mostram taxas mínimas de mortalidade na faixa de IMC situada entre 20 e 25 kg por metro ao quadrado. Entre 25 e 30 kg/m² já se nota uma elevação na taxa de mortalidade e o indivíduo enquadrado nessa faixa é considerado com excesso de peso. Entre 30 e 35, convencionou-se chamar de obesidade leve ou Grau I; entre 35 e 40, obesidade moderada ou Grau II e acima de 40 kg/m², obesidade grave ou mórbida, ou Grau III.

Inúmeros estudos como de NUNES et al. (1995); ZIPPER et al. (2001); MCELROY et al. (2002); JORN, et al. (2003) utilizam este índice como medida para a classificação da obesidade.

Para a classificação da obesidade em crianças e adolescentes, um dos referenciais utilizados é o referencial construído pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), também aceito pela OMS, cuja avaliação é a adequação da mediana da estatura para idade e a da de peso para estatura. Neste referencial, porém não há distribuição de percentis de peso/estatura para adolescentes, tendo que se usar então uma adaptação (SIGULEM et al., 1995). Segundo VIUNISKI (1999), no Brasil é muito comum a utilização da tabela adaptada por Marcondes, Marques e col. que acompanha a curva de

crescimento infantil. Viuniski alerta porém que é uma tabela que deve ser usada com cuidado em crianças e adolescentes com pais descendentes de europeus, pois podem ocorrer falsos-positivos quando comparados com a realidade brasileira.

Para a classificação da obesidade infantil e adolescente, também foi elaborada por COLE et al. (2000), uma tabela específica para faixa etária de 02 a 18 anos, a partir de um estudo realizado com 192.727 crianças e adolescentes, representativo dos países: Brasil, Inglaterra, China, Holanda, Singapura e Estados Unidos. Esta classificação, que utilizamos neste estudo, apresenta valores de referência de IMC para sobrepeso e obesidade agrupados por sexo e faixa etária. (Quadro no. 2).

Quadro 2 - Valores de IMC para sobrepeso e obesidade agrupados por sexo e faixa etária

Idade (Anos)	IMC (Sobrepeso)		IMC (Obesidade)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

Fonte: Cole, T.J.; Bellizzi, M.C.; Flegal, K.M.; Dietz, W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 2000: 1240-3.

A classificação da obesidade é importante para se avaliar os riscos envolvidos, pois as consequências do desenvolvimento da obesidade podem ameaçar seriamente a saúde do paciente.

Dentre os riscos de doenças envolvidas estão: enfermidades cardiovasculares (Hipertensão arterial, problemas cerebrovasculares); enfermidades articulares; problemas respiratórios; enfermidades endocrinometabólicas (Resistência à insulina e diabetes, intolerâncias à glicose, hiperlipidemia, diminuição do colesterol-HDL, hiperinsulinemia); refluxo gastroesofágico; cálculos renais, entre outras. (FONSECA, et al. 2001).

Quanto maior o grau da obesidade, mais difícil se torna a redução de peso e maior o risco das doenças envolvidas como consequência. No grau máximo, que é o da obesidade mórbida as chances de emagrecimento se tornam bastante reduzidas, e a expectativa de vida diminuída.

A experiência clínica mostra que os mecanismos de controle de obesidade externos ao indivíduo, como redução de apetite com medicamentos e dietas de todos os tipos, costumam não trazer resultados duradouros. BETARELLO (1988) aponta que somente quando os mecanismos de controle de ingestão de alimentos estão inseridos na personalidade do indivíduo, é que se pode falar em tratamento eficaz da obesidade, e só a partir daí, “não há necessidade de preocupação específica em controlar ingestão alimentar. Os impulsos que antes eram irresistíveis e direcionados à comida encontraram outras formas de satisfação”. BETARELLO (1988).

I.b - OBESIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

RENMAN et al. (1999) apontam que o aumento da prevalência da obesidade entre adultos adolescentes e crianças, é uma tendência inquietante observada em diferentes países.

FISBERG (1995), refere que alguns fatores na infância são determinantes para o estabelecimento da obesidade, tais como:

desmame precoce e introdução inadequada de alimentos de desmame, emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios de comportamento alimentar e inadequada relação familiar. No adolescente, somam-se a isto todas as alterações do período de transição para a idade adulta, a baixa auto-estima, o sedentarismo, lanches em excesso mal balanceados e a enorme suscetibilidade à propaganda consumista.

DIETZ (1995) indica que quanto maior o tempo de prevalência, em anos, da obesidade a partir da infância e adolescência, maior a possibilidade do indivíduo tornar-se um adulto obeso. Quanto mais cedo surgir a obesidade, e quanto mais severa ela for, maior se torna seu risco de permanência futura, principalmente entre mulheres.

ESCRIVÃO et al. (2000) considera que

o tratamento da obesidade costuma ser negligenciado pelos profissionais da saúde e familiares, na expectativa de uma resolução espontânea na adolescência. A chance da criança e do adolescente obeso permanecerem obesos na idade adulta é muito grande, aumentando a morbi-mortalidade para diversas doenças.

FISBERG (1995) aponta que aproximadamente 30% das crianças obesas podem ser adultos obesos e que o risco de uma criança obesa tornar-se um adulto obeso, comparado a uma criança não obesa, é de duas a seis vezes.

As evidências dos riscos da obesidade para a saúde como fatores cardiovasculares e o diabetes, quer seja na vida adulta ou na infância, tornam evidente a necessidade de implantar medidas preventivas e terapêuticas eficazes para a diminuição da prevalência de obesidade na infância.

EPSTEIN (1995), aborda que o tratamento das crianças obesas pode ter um importante impacto na saúde atual e futura e pode reduzir o risco das crianças obesas se tornarem adultos obesos.

TADDEI (1995), DIETZ (1997), PARIZZI E TASSARA (2001) apontam que a obesidade vem aumentando na população infantil nos países desenvolvidos, tornando-se um dos problemas nutricionais mais alarmantes na infância. Estima-se que nos Estados Unidos, sua prevalência esteja entre 22% e 30%, e que vem aumentando nos últimos anos. No Brasil as estimativas indicam que cerca de 15% a 20% das crianças e adolescentes sejam obesos. Estes autores observam também que, assim como com o adulto, ocorre com a criança um alto percentual de insucesso terapêutico e de recidivas, que contribuem para o risco dela se tornar um adulto obeso.

DIETZ (1997), aponta que a prevenção e o tratamento efetivos da obesidade infantil terá um maior impacto na prevalência da obesidade adulta e suas complicações. Também apresenta estimativas baseadas em dados coletados nos Estados Unidos entre 1962 e 1980 que já indicavam a prevalência do aumento da obesidade nas crianças e adolescentes norte-americanos. Refere também que a consequência mais preocupante associada à obesidade infantil, é a probabilidade da sua permanência. Este autor aponta dois fatores que podem prognosticar a permanência da obesidade, a idade do aparecimento e a gravidade da mesma. Acrescenta que aproximadamente um terço de toda a obesidade na mulher adulta começou na adolescência e que a obesidade que tem início na adolescência está mais associada com a obesidade severa que a obesidade com início na idade adulta, de forma que o aparecimento da obesidade em idades mais precoces pode determinar a maior gravidade da mesma.

MARCELLI & BRACONNIER (1989) referem que segundo “pesquisas prospectivas que buscavam delimitar o início da obesidade, 25% da obesidade da criança maior e do adolescente iniciaram antes de um ano de idade, 50% antes dos 4 anos e 75% antes dos 6 anos” e que na maioria dos casos, a obesidade não se constitui na adolescência, mas sucede a uma obesidade já instalada na infância.

EPSTEIN (1995) considera que a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pediátrica, e que a prevalência da obesidade infantil é crescente. Afirma ainda que 27,1% das crianças entre 06 e 11 anos e 21,9% dos adolescentes entre 12 e 18 anos de idade são obesas, nos Estados Unidos. A obesidade infantil afeta a saúde em vários aspectos como pressão arterial, níveis de colesterol e concentração de densidade lipoproteica. Este

autor acrescenta também que a obesidade na adolescência aumenta o risco de morbidade e mortalidade do adulto, e que a obesidade na infância prognostica a obesidade adulta.

Estudo mais recente (ISNARD et al. 2003) também confirma que a obesidade nas crianças e adolescentes está se tornando o principal problema de saúde em todos os países industrializados, devido a um aumento de sua prevalência e gravidade e sua frequência de permanência na idade adulta.

TADDEI (1995) aponta que o aumento da obesidade infantil pode ser atribuído a questões genéticas, ambientais e interação de fatores genéticos com ambientais; indicando que do ponto de vista epidemiológico, tudo conduz às questões ambientalistas, ou seja alterações no modo de vida, já que não ocorreram alterações genéticas substanciais nestas populações, nas últimas décadas; enquanto que a vida das populações, principalmente nos países ocidentais, mudou consideravelmente.

PARIZZI e TASSARA (2001), assim como TADDEI (1995) observam os fatores ambientais ligados ao aumento da obesidade na forma de vida da sociedade ocidental urbana contemporânea que enfatiza a pressa, a rapidez, o consumo, e não permite calma e tempo suficiente para se alimentar e saborear o alimento. Também apontam como fatores ambientais atuais, o consumo exagerado de alimentos prontos, industrializados e muito calóricos, substituindo alimentos processados em nível doméstico, o sedentarismo observado na prática de assistir televisão durante várias horas por dia, difusão dos jogos eletrônicos e facilidades criadas pela tecnologia.

FISBERG (1995) também considera que todo um sistema de vida inadequado, provavelmente favoreça o aumento da obesidade infantil e adolescente não apenas nos países ricos, mas também nos países em desenvolvimento, e aborda fatores como sedentarismo, hábitos familiares inadequados, alimentação insatisfatória, excesso de carboidratos na dieta, velocidade da refeição, lanches desequilibrados e consumo de doces e guloseimas.

PARIZZI e TASSARA (2001) indicam os fatores culturais e emocionais como implicados na etiopatogênese da obesidade infantil. E acrescentam que estes exercem uma grande influência na percepção da fome e da saciedade do indivíduo e na sua relação com o alimento. Salientam que o aumento do peso corporal não pode ser atribuído simplesmente ao resultado do balanço energético hipercalórico, mas envolve uma história de vida com processos psíquicos, sentimentos internos inerentes às condutas, e comportamentos que se aprende a desenvolver.

CAMPOS (1995) comenta que a mãe muitas vezes pode sentir-se motivada a superalimentar o filho porque a aparência “saudável” do famoso “bebê Johnson”, tão valorizado no passado, tranquiliza a mãe e a outros, por atestar a sua condição de boa mãe. O alimento pode ser então oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança. Com isso, a criança, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar. “Forma-se a associação: estímulo desagradável = alimento = conforto = estímulo agradável dos pais. E esta associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade” .

PARIZZI e TASSARA (2001) também evidenciam que as relações com o ambiente, pode alterar a percepção fisiológica da fome, em função do indivíduo ser alimentado para aliviar outros motivos que não a fome física. O alimento pode ser usado como prêmio, castigo ou alívio de tensões. Estes autores apresentam uma lista de exemplos de comportamentos dos pais ou familiares que induzem o mascaramento da saciedade fisiológica na criança, insistindo para que o filho coma mesmo quando a criança não sente fome, às vezes com brincadeiras ou chantagens do tipo: "se não comer tudo, não ganha sobremesa". Estes autores abordam que "o desejo de superalimentar o bebê, a falta de sensibilidade dos pais para perceberem a fome e a saciedade da criança ou os hábitos inadequados da família podem induzi-lo a "abandonar" a sua percepção fisiológica de saciedade, aceitando a saciedade do outro e não a sua própria." (PARIZZI e TASSARA, 2001).

CAMPOS (1995) também considera que o alimento é muitas vezes oferecido à criança de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança, e que isso ocorre em decorrência da ansiedade dos pais, pouco atentos à real necessidade do filho, não percebendo se ele chora, além da fome, por outros motivos, como frio, calor, cansaço, sono, etc. "Com isso, a criança, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar. Forma-se a associação : estímulo desagradável = alimento = conforto = estímulo agradável dos pais." (CAMPOS, 1995).

PARIZZI e TASSARA (2001) abordam que o inverso no trato com a criança, ou seja, descuidos no relacionamento familiar de pais que concentram esforços em suas atividades profissionais e recursos materiais de modo que o tempo disponível aos filhos torna-se pouco, também pode provocar na criança o alimentar-se além da fome física.

STUNKARD & SOBAL (1995) referem que o preconceito para com as pessoas obesas é muito difundido e intenso, e que mesmo crianças de 6 anos de idade descrevem as silhuetas de uma criança obesa como "*preguiçosa, suja, estúpida, feia, folgada, e mentirosa*". E acrescentam que quando se mostra desenhos em branco e preto de uma criança de peso normal, uma criança obesa, e crianças com várias deficiências como ausência de mãos ou face desfigurada, tanto crianças, quanto adultos escolhem a criança obesa como uma das últimas da lista de simpatia. Estes autores observam também que a carga psicológica das pessoas obesas é criada em função da ação do estigma, de uma marca de infâmia.

E acrescentam que, recentemente, em muitos países os controles sociais reduziram muito o preconceito anterior dirigido para os grupos de minoria, e que tanto hábitos como medidas legais têm tentado diminuir o estigma a pessoas com base em raça, origem étnica ou orientação sexual. Porém a obesidade, para estes autores, permanece a última forma de preconceito socialmente aceita, e as pessoas obesas permanecem talvez o único grupo em direção ao qual o menosprezo social pode ser direcionado impunemente.

"A mesma sociedade consumista que induz o indivíduo a tornar-se um obeso o rejeita, privilegiando os magros e, pior ainda, privilegiando aqueles indivíduos cuja compleição seja fina, desconsiderando que não é só a massa de gordura corporal que define o manequim de um indivíduo." (PARIZZI e TASSARA, 2001)

Olhando para estas mesmas questões, VIUNISKI (1999) coloca que é muito difícil ser uma criança ou adolescente obeso. Geralmente se tornam motivo de chacota na turma sendo alvo de vários apelidos. Para melhorar sua aceitação pelo grupo, a criança obesa procura ser simpática, alegre, e companheira.

FONSECA (2001) aponta que as dificuldades da pessoa obesa em relação ao aspecto físico, especialmente com respeito à capacidade de ser atraente, são tão grandes, que ela prefere buscar o caminho da simpatia e do bom relacionamento para se desviar da alternativa da solidão.

Para PARIZZI e TASSARA (2001) "o estudo dos aspectos psicológicos é fundamental na abordagem às crianças obesas."

I. c - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

Na década de 80 AJURIAGUERRA (1986) abordava que os fatores psicológicos estariam implicados na obesidade como determinantes, no caso da obesidade exógena, ou como consequentes, no caso da obesidade endógena.

FONSECA (2001) observa que o principal problema gerado pela obesidade - e talvez também possivelmente gerador da mesma - talvez seja o desequilíbrio emocional.

Embora não se arrisquem a traçar um perfil do obeso, muitos estudos (alguns relacionados a seguir) mostram que obesos apresentam certas características de personalidades comuns, quer sejam determinantes ou consequentes. Assim, CAMPOS (1995); BATTISTONI (1996); VIUNISKY (1999); PARIZZI e TASSARA (2001); ZIPPER et al. (2001), apontam algumas características encontradas nos pacientes obesos: dependência e passividade, imaturidade sexual, agressividade reprimida, tendência à

depressão, baixa auto-estima, dificuldade nas relações interpessoais e no contato afetivo com os outros, falta de limites, dificuldade em expressar sentimentos, depreciação da imagem corporal.

ZIPPER, et al. (2001) abordam que os problemas mentais aparecem numa frequência de 56%, na população de crianças e adolescentes franceses obesos, quando avaliados através de métodos padronizados. E os dados epidemiológicos da população geral infantil, têm mostrado prevalência de 5% de problemas mentais. Estes autores afirmam que os problemas mais frequentes são de longe, os problemas ansiosos. As crianças e adolescentes obesos teriam, com muito mais frequência, problemas de ansiedade de separação e principalmente fobia social. ZIPPER, et al. (2001) referem também que esta constatação remete a uma noção clássica sobre a dependência excessiva dos sujeitos obesos ao seu próprio núcleo, com uma ligação excessiva às figuras parentais, com ansiedade de separação e medo de críticas, e evitação dos contatos sociais, confinando-se às suas próprias famílias. Estes autores abordam ainda que é muito difícil de precisar se esta forma de relacionamento precede a obesidade, ou se é consequência dela, devido ao padrão social imposto por nossa cultura aos sujeitos obesos.

Outros estudos, no entanto, como os de RENMAN et al. (1999) com adolescentes suecos, não apresentam diferenças significativas entre os adolescentes obesos e os não obesos quanto a questões como avaliação da auto-estima, problemas de saúde mental ou relações sociais.

Quanto a questão sobre se os problemas emocionais estão envolvidos nas causas ou nas consequências da obesidade, VIUNISKI (1999) observa que, na prática o que se percebe é a presença de um círculo vicioso, onde quanto mais obesa é a criança, mais ela sofre. Quanto mais excluída do grande grupo, quanto mais inadequada nos esportes e nos namoros, mais ela encontra na comida uma satisfação para suas necessidades e um prazer que lhe é negado em outras áreas.

DALGALARRONDO (2000), aponta que o obeso sempre foi descrito como emocionalmente imaturo e muito sensível a frustração. É visto como alguém que busca na comida a compensação do afeto de que necessita e que sente como se nunca o recebesse de

forma adequada. Também coloca o obeso como alguém que tem uma sexualidade reprimida e pode utilizar a obesidade como defesa contra os impulsos sexuais, ou contra a depressão, como forma de distanciar-se dos outros, ou como busca mágica de força e potência. “Um ponto saliente é que os obesos têm dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de modo geral. Todo mal estar logo é falsamente percebido como fome.” (DALGALARRONDO, 2000).

VIUNISKY (1999) acredita que alguns adolescentes usam a obesidade como um escudo contra dificuldades afetivas: "É possível encontrarmos jovens que tiveram uma grande desilusão afetiva ou mesmo que são portadores de uma timidez patológica e usam a gordura corporal como forma de manter pessoas do sexo oposto afastadas. Na verdade, os psicólogos acreditam que ocorre uma substituição do prazer sexual pelo prazer proporcionado pela comida."

CAMPOS (1995), refere que

a criança, aprende, por ensinamento da mãe, que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedades e dores e, com isso, leva pela vida a necessidade de comer para resolver ou compensar problemas dos quais às vezes não se dá conta, ficando com um desenvolvimento primitivo de personalidade.

Em outra situação, quando a mãe não satisfaz adequadamente uma situação de fome do bebê, este pode ter sentimentos de que a mãe lhe nega algo tão importante e desejado, e que está sendo privado de algo precioso. Isto pode trazer uma sensação de perda, de vazio, que justamente, por fazer parte da fase na qual a boca, o sugar e o alimento são muito importantes, adquire o significado de que tem sempre de se tentar encher com comida. Desta forma, podemos pensar que, cada vez que esta criança sofrer algum tipo de perda, ou desconforto emocional poderá tentar aliviar esta situação através do ato de comer: tenta preencher com comida os vazios afetivos. "O paciente tenta evitar emoções dolorosas associadas à perda sofrida comendo em excesso. Comer demais passa a ser sentido como fazendo estoque contra todas as perdas, ou então uma busca incessante de um prazer infantil perdido" (CAMPOS, 1995)

CAMPOS (1995) observa também que o obeso tem como prazer número um o ato de comer e uma exigência imediata para a satisfação de suas necessidades, entrando num círculo vicioso, que se configura: comer > obesidade > dificuldade para obter outros tipos de prazer > que reforça o prazer oral como forma permanente de obtenção de prazer, não conseguindo se obter outras formas de prazer.

CAPÍTULO II - ADOLESCÊNCIA E CORPO

“A característica isolada mais importante do desenvolvimento do adolescente consiste nas alterações que têm lugar no seu corpo” (JERSILD, 1973). Este autor enfatiza as mudanças corporais como de extrema importância para o período adolescente, que determinam tanto o crescimento e alterações físicas como as psicológicas. Indica o início da adolescência caracterizado pelo período da puberdade, ou seja o início do processo de maturação sexual que, nas meninas inicia-se com a menarca, porém nos rapazes não há nenhum acontecimento unico definido, correspondente à menarca, que se possa usar como critério de puberdade. Jersild refere que alguns estudos apontam o início do desenvolvimento pubertário por volta dos 10 - 11 anos. Ele indica também que as mudanças corporais têm importantes repercussões psicológicas em função da maneira pela qual os jovens se adaptam aos seus corpos em mudança e ao aparecimento das suas capacidades sexuais.

Entre as mudanças corporais da adolescência está também o desenvolvimento dos tecidos adiposos. Segundo JERSILD (1973), a quantidade e a distribuição de tecido adiposo no corpo do adolescente é complicada tanto do ponto de vista físico quanto do psicológico. Dependendo das influências de implicação psicológica a que o jovem esteja submetido, ele pode não acabar simplesmente enfrentando um problema transitório de depósitos adiposos durante a adolescência, mas um problema mais básico de personalidade.

VINUNISKI (1999), enfatiza que o período adolescente é um período difícil e sofrido, e que maior ainda deve ser o sofrimento para um adolescente obeso.

ESCRIVÃO et al. (2000) referem que a adolescência é um período crítico para iniciar ou agravar obesidade preexistente, devido ao aumento fisiológico do tecido adiposo que ocorre principalmente no sexo feminino, maior consumo de fast-food e pelas instabilidades emocionais frequentes neste período.

DIETZ (1997) aponta que os dados de pesquisas sugerem que a probabilidade de persistência da obesidade, e em consequência, a probabilidade de consequências adversas da obesidade no adulto, pode ser relacionada à idade de início. Alguns períodos

parecem constituir períodos específicos do aumento de risco. Estes incluem o período pré-natal, o período que denomina *adiposity rebound* entre os 4-5 anos de idade, e o período da adolescência. Este autor aborda que os mecanismos destes períodos que promovem o aumento do risco da persistência da obesidade e suas complicações ainda são pouco compreendidos, apesar da obesidade neles presente parecer estar associada a um aumento do risco da persistência e da doença subsequente. Acrescenta ainda que aproximadamente 30% da obesidade em mulheres de 36 anos de idade pode ter origem no período da adolescência, enquanto que nos homens, somente 10% da obesidade presente até os 36 anos começa na adolescência.

GOWERS e SHORE (2001) abordam que a adolescência é vista como o estágio de grande risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares devido à convergência de mudanças físicas e psicológicas que ocorrem neste período; e as preocupações com a obesidade parece estar aumentando entre as crianças em idade escolar, especialmente nas meninas, e tem se mostrado associada com baixa auto-estima corporal.

COOPER & GOODYER (1997) apontam que a importância das preocupações com a forma e o peso do corpo é uma característica patognomônica de transtornos alimentares. O estudo destes autores também sugere que estas preocupações podem surgir bem cedo nas meninas, por volta dos 11-12 anos de idade. Seus estudos mostraram uma prevalência de 18,9% da presença de preocupações significativas com peso e forma do corpo entre meninas de 11-12 anos de idade. Estes autores abordam que embora este resultado possa parecer alto, de fato não o é, tendo-se em vista os resultados encontrados em um estudo de Oxford, com mulheres entre 16-35 anos de idade em que a proporção foi de 25%.

GOWERS & SHORE (2001) apontam que a adolescência é uma fase complexa do desenvolvimento na qual convergem um grande número de mudanças físicas e psicossociais. E as exigências desta etapa podem ser tão duras para muitos e ter um impacto significativo na auto confiança e auto estima. Estes autores colocam ainda que as mudanças psicossociais no início da puberdade trazem vulnerabilidade ao jovem.

KNOBEL (1992) aponta que, embora alguns autores prefiram separar a puberdade da adolescência, por esta última implicar mais do que as mudanças físicas, “não há dúvidas de que estas mudanças participam ativamente do processo adolescente, ao ponto de formar com ele um todo indeiscente”. E para Knobel todas as mudanças que o jovem vê irem se sucedendo em seu corpo são perturbadoras, criam-lhe grande preocupação, despertam sentimentos de estranheza e insatisfação, e à vezes a ansiedade é tão grande que surge o que Knobel chama de desconformidade com a própria identidade, que se projeta então ao organismo.

Na década de 30 Melanie Klein, analisando crianças e adolescentes, já considerava que na fase adolescente, especialmente na puberdade, há uma recrudescência da ansiedade característica de fases infantis anteriores, e as manifestações desta ansiedade e de afetos se mostram mais agudas na adolescência (KLEIN, 1997).

Para ABERASTURY (1990, cap10), a modificação corporal é a essência da puberdade, e "o desenvolvimento dos órgãos sexuais e da capacidade de reprodução são vividos pelo adolescente como uma irrupção de um novo papel, que modifica sua posição frente ao mundo e que também o compromete em todos os planos da convivência". Esta autora também enfatiza que as primeiras mudanças corporais provocam ansiedade no adolescente, que diante disto pode fazer uma fuga progressiva do mundo exterior e buscar um refúgio em seu mundo interno para sentir-se seguro.

Entre as perturbações e momentos de crises durante a adolescência, a definição do papel feminino e do masculino e as mudanças corporais que acontecem neste processo – o aparecimento dos caracteres sexuais – são o ponto de partida das mudanças psicológicas e de adaptação social que também caracterizam este período (ABERASTURY et al.,1992).

A adolescência, segundo VENEZIANI (2005)

pode ser definida como um tempo marcado por separações, mudanças, encontros e possibilidades. Além da separação dos pais, considerados até então como figuras ideais, o real do corpo se impõe trazendo profundas marcas. A imagem do espelho já não coincide

com a representação conhecida e tanto o corpo como sua imagem se tornam desconhecidos. O despertar da sexualidade imposta por um corpo que está em estado de mudança em grande velocidade, remete o adolescente a re-significar a organização e os valores adquiridos na infância. Os modelos impostos pelo meio social atual levam os jovens a buscar atingir o corpo ideal, lotando academias de ginástica, dança e outras do gênero, frequentando grupos onde podem se mostrar iguais pelo corpo e pela imagem, através de roupas, acessórios e comportamentos. (VENEZIANI, 2005, p. 232)

Para ABERASTURY (1990, cap1) , na adolescência, as modificações psicológicas que se produzem, são o correlato de modificações corporais, e levam a uma nova relação com o mundo, o que só é possível se se elabora o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação dos pais da infância. Tanto as novas exigências de convivência com o mundo externo, quanto as não controláveis modificações corporais, são sentidas pelo adolescente como uma invasão. “Estas mudanças, nas quais perde seu esquema corporal e sua identidade de criança, implicam a busca de uma nova identidade que se vai construindo em um plano consciente e inconsciente e a necessidade de incluir os genitais adultos no esquema corporal.”

Em outro trabalho, ABERASTURY et al. (1992) considera que os desníveis entre o crescimento do corpo e a aceitação psicológica desse fato são maiores quando o corpo muda rapidamente, incrementando-se a angústia de ser invadido. Só quando o adolescente

é capaz de aceitar simultaneamente os dois aspectos, o de criança e o de adulto, pode começar a aceitar de maneira flutuante as mudanças do seu corpo, e começa a surgir a sua nova identidade. Esse longo processo de busca de identidade ocupa grande parte da sua energia e é a consequência da perda da identidade infantil que se produz quando começam as mudanças corporais.(ABERASTURY et al., 1992, p.66).

Ainda para esta autora, é apenas quando a maturidade biológica do adolescente, se faz acompanhar de uma maturidade afetiva e intelectual que lhe permita sua entrada no mundo dos adultos, reconciliando-se com os pais e os substitutos que ele pode caminhar, com maior segurança, na aquisição de sua identidade.

ROSENTHAL e KNOBEL, (1992) também consideram que as modificações corporais que se processam na adolescência provocam um sentimento de impotência frente a esta realidade concreta. “Vive, nesse momento, a perda do seu corpo infantil com uma mente ainda na infância e com um corpo que vai se tornando adulto. Esta contradição produz um verdadeiro fenômeno de despersonalização que domina o pensamento do adolescente.” E, para estes autores, dentro de um desenvolvimento normal o adolescente, através de flutuações e conflitos frequentes com a realidade, vai aos poucos elaborando o luto pelo corpo infantil, e os demais lutos desta fase, e pode aceitar a sua nova personalidade.

CAPÍTULO III - TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (BINGE EATING DISORDER)

O DSM-IV (APA, 1994) cita entre as categorias diagnósticas de Transtornos Alimentares, no apêndice B, uma categoria mais recente: o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica-TCAP (*Binge Eating Disorder*) como uma nova categoria diagnóstica que ainda requer maiores estudos e que se caracteriza por episódios de compulsão alimentar, em que o paciente ingere uma excessiva quantidade de alimento num pequeno período de tempo, acompanhado de uma perda de controle sobre seus impulsos para comer e intenso desconforto e autocondenação pela excessiva ingestão de alimento. Estes episódios de compulsão alimentar são a característica central do transtorno.

APPOLINÁRIO (2002) refere que:

o projeto inicial do DSM-IV incluía a categoria diagnóstica do transtorno do comer compulsivo como um terceiro transtorno alimentar. Na versão definitiva, os autores resolveram, no entanto, deixar no capítulo de transtornos alimentares somente a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e os transtornos alimentares sem outras especificações, mas mantiveram a categoria diagnóstica do transtorno do comer compulsivo com seus critérios diagnósticos específicos no Apêndice B da classificação. O estabelecimento destes critérios possibilitou a utilização do conceito na prática clínica e tem estimulado a pesquisa nessa importante área-limite entre os transtornos alimentares e a obesidade.

"A delimitação do conceito do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica mostrou-se de grande utilidade clínica, diferenciando-se um subgrupo de pacientes obesos com características psicopatológicas específicas". (PAPELBAUM, APPOLINÁRIO, 2001).

A compulsão alimentar, traduzida do inglês "*binge eating*", no indivíduo obeso foi descrito pela primeira vez em 1959 por Stunkard (YANOVSKI, et al. 1993). Desde então ela vem sendo verificada em muitos indivíduos obesos que têm sérias dificuldades em controlar o comportamento compulsivo de comer. A expressão "*binge eating*" não tem tradução exata para o português. O termo "*binge*" no inglês é usado para designar uma

noção de excesso, e a expressão toda acabou sendo traduzida no português como compulsão alimentar periódica. Seu uso técnico tem se baseado em dois elementos principais: o excesso ao alimentar-se e a perda do controle.

CORDÁS (2001) aponta que a anorexia nervosa afeta cerca de 0,5% das mulheres (crescendo entre homens), a bulimia nervosa, de 1% a 2% e o transtorno do comer compulsivo está presente em 2% a 3% da população geral e em torno de 30% dos obesos em tratamento.

Outros estudos, (YANOVSKI et al.1993; APPOLINARIO et al. 1995; FREITAS et al. 2001) também têm confirmado que aproximadamente 30% de indivíduos obesos que buscam programas de emagrecimento apresentam transtorno da compulsão alimentar periódica.

MATTOS et al. (2002), apontam resultados de pesquisa com pacientes obesas, encontrando uma frequência de 36% de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), e 54% episódios de compulsão alimentar periódica (CAP) nestes pacientes; diferenciando o transtorno de compulsão alimentar do episódio de compulsão alimentar. O episódio foi avaliado a partir de um questionário (QEWPR) para compulsão alimentar e considerado quando os sujeitos mencionavam a ingestão, num curto período de tempo (2 horas ou menos), de uma quantidade de comida claramente maior que a maioria das pessoas consumiria em um tempo similar, acompanhado de um sentimento de perda de controle durante esta ingestão. O diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar foi considerado quando a frequência dos episódios ocorria pelo menos duas vezes por semana, num período de 06 meses, associado a um forte sentimento de angústia, e três ou mais dos critérios descritos pela DSM IV para este transtorno.

Se 30% da população de obesos pode apresentar o transtorno de compulsão alimentar periódica, este pode ser um indicativo de que tal transtorno é uma significativa alteração do comportamento alimentar e pode ser de grande valia para o estudo da obesidade.

Segundo o DSM-IV (1994), as características diagnósticas essenciais para o Transtorno de Compulsão Periódica

são episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, associados com os indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia, na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (...) característico da Bulimia Nervosa. As características de um episódio de compulsão periódica são discutidas no texto para Bulimia Nervosa.

Onde diz que:

Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares... Um episódio isolado de compulsão periódica não precisa ser restrito a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar um episódio em um restaurante e continuá-lo ao voltar para casa.

Refere ainda que:

O sofrimento acentuado exigido para o diagnóstico inclui sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso alimentar, bem como preocupações acerca do efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsões alimentares periódicas sobre o peso e a forma do corpo.

No DSM-IV os critérios para o diagnóstico de transtorno de compulsão periódica indicam:

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes critérios:

- (1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares.

- (2) um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo)
- A. Os episódios de compulsão periódica estão associados com três (ou mais) dos seguintes critérios:
 - (1) comer muito mais rapidamente do que o normal
 - (2) comer até sentir-se incomodamente repleto
 - (3) comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto
 - (4) comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome
 - (5) sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente
 - B. Acentuada angústia relativamente à compulsão periódica
 - C. A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana, por 6 meses.
 - D. A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por ex. purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

APPOLINARIO (2002), destaca o "ataque de comer" (tradução sugerida para o termo "binge eating") como o episódio central do transtorno do comer compulsivo. e aponta que alguns autores consideram a perda de controle como critério mais importante que a quantidade de alimento ingerida, e que quanto maior a gravidade dos ataques de comer, maior o grau de obesidade. Evidencia ainda que os pacientes com Transtorno do Comer Compulsivo apresentam alterações importantes do comportamento alimentar, têm uma

maior preocupação com a forma e o peso corporal, apresentam maior comprometimento no trabalho e nas relações sociais e, com maior frequência, um outro diagnóstico psiquiátrico em comorbidade.

Estudo anterior como de APPOLINÁRIO, et al. (1995) já apontava conclusões semelhantes. Revisando a literatura encontram que obesos com compulsão alimentar apresentam um início mais precoce da obesidade, se comparados a obesos sem comportamento compulsivo e que "pacientes obesos com comportamento compulsivo alimentar perdem uma maior quantidade de peso durante regimes dietéticos muito restritivos. De maneira contrária, também são os que ganham peso com maior facilidade no período de seguimento" (APPOLINÁRIO, et al. 1995).

STUNKARD, e SOBAL (1995) apontam que indivíduos que apresentam o

BED (binge eating disorder) tendem a abandonar tratamentos para perda de peso, com mais frequência e recuperar o peso perdido mais rapidamente que indivíduos obesos sem o transtorno. Indicam também que obesos com compulsão alimentar costumam apresentar mais distúrbios psicológicos que obesos sem compulsão alimentar, incluindo depressão, ansiedade, e comportamentos obsessivos.

YANOVSKI, et al. (1993), apresentam estudos de associação entre o transtorno alimentar e comorbidade psiquiátrica em obesos, encontrando uma correlação de risco altamente significativa entre a presença de compulsão alimentar e outras desordens psiquiátricas como depressão maior, transtorno do pânico, transtorno de personalidade borderline, e outros transtornos de personalidade. Indicam ainda que quanto maior a compulsão alimentar, maior o comprometimento psíquico.

McELROY et al. (2002), buscam a correlação entre o transtorno bipolar e obesidade, e encontram entre as variáveis significativas associadas com o alto índice de massa corpórea (IMC) e o transtorno bipolar, a presença da compulsão alimentar.

Dados semelhantes foram encontrados por WERUTSKY e BARROS (2000), na revisão de vários estudos de indivíduos obesos com TCAP: maior oscilação de peso e maior prevalência de transtornos psiquiátricos, além da recuperação mais rápida do peso

emagrecido. Apontam que o TCAP é visto como um mecanismo de defesa e reparação no intuito de evitar ou aliviar sentimentos de solidão, fracasso e abandono e que é comum encontrar em pacientes obesos atitudes de submissão à figura materna, que impulsionam ao comer e ao engordar, "rejeitando qualquer outro tipo de satisfação" (WERUTSKY e BARROS 2000).

Estes mesmos autores destacam no relato de pacientes com TCAP, um sofrimento intenso pelo fato de comer compulsivamente sem controle, mesmo sem fome. Estes episódios costumam ser ativados por sentimentos de depressão ou ansiedade buscando um alívio da tensão na hiperfagia. "Outros sujeitos descrevem uma qualidade dissociativa nos episódios de excesso alimentar, com uma sensação de 'torpor' ou de estar 'aéreo'". Muitos indivíduos comem o dia todo sem qualquer planejamento. Ressaltam ainda a importância da ação precoce nesses transtornos e a necessidade do atendimento psicoterápico individual ou grupal, além da necessidade, em alguns casos, da medicação com inibidores seletivos da recaptção da serotonina. Salientam também a importância de um enfoque terapêutico abrangente direcionado à pessoa que sofre com o TCAP.

Estudo mais recente (PINAQUY et al. 2003) com mulheres francesas obesas preocupou-se em avaliar o comer emocional ("*emotional eating*") associado ao transtorno de compulsão alimentar. O comer emocional foi relatado como uma tendência a comer excessivamente em resposta a emoções difusas ou negativas. E de acordo com seus resultados, o comer emocional foi um predisponente significativo do transtorno do comer compulsivo.

Estes diversos estudos salientam com muita evidência a necessidade compulsiva de comer aliada a necessidades emocionais. O comer para muitos obesos dos estudos aqui indicados, assim como o comer compulsivo parece estar em grande porcentagem ligado a fatores emocionais que determinam este comportamento e que vão muito além da simples necessidade fisiológica de satisfazer a fome.

ISNARD, et al. (2003) apontam também que os resultados de seu estudo confirmam estudos anteriores de que a sintomatologia de compulsão alimentar pode ocorrer precocemente no período adolescente e que é frequente nesta população.

MARCELLI & BRACONNIER (1989) e BATTISTONI (1996), apontam como uma outra conduta alimentar que se mostra bastante frequente no adolescente obeso o que chamam de "*beliscagem*" que se caracteriza por comer o dia todo, fora das refeições, e acompanha as atividades do sujeito e, em geral, envolve alimentos que estão à mão e não necessitam de preparo, como salgadinhos, biscoitos, doces, chocolates, etc.

Esta conduta também pode ser acompanhada do ato frequente de abrir a geladeira e buscar algo para comer, independente de se estar com fome. Este é um comportamento invariavelmente citado pelos sujeitos dos grupos de obesos. Às vezes abrem e fecham a geladeira sem achar nada para comer. Mas o comportamento de ir até lá e procurar algo é constante, e acontece várias vezes no dia. E mais constante ainda o de abrir a geladeira e "beliscar" alguma coisa.

O DSM-IV porém considera que "o ato de ingerir continuamente pequenas quantidades de comida durante o dia inteiro não seria considerado uma compulsão periódica."

CAPÍTULO IV - ANSIEDADE

Segundo MILLER DE PAIVA (1989) o termo ansiedade, juntamente com outras palavras como angustia, aflição, raiva derivam do mesmo termo “*amhs*” do sanscrito antigo que significa tristeza, dor. E seu correspondente em latim seria “*anger*” que tem o sentido de estrangulação, angústia; e que foi uma tradução livre de Freud do termo em latim, que deu origem ao termo inglês (*anxiety*) ansiedade.

Em Conferência XXV FREUD (1973) usa o termo “*angst*” em alemão, para designar ansiedade, derivado de “*angustiae*” do latim, que quer dizer estreitamento, e que para Freud este termo acentua a característica de limitação da respiração, comparando com o sentimento do bebê no instante do nascimento. FREUD descreve uma ansiedade real e uma ansiedade neurótica. A ansiedade real ou normal é a que se apresenta como algo muito racional e compreensível, podendo ser definida como uma reação natural à percepção de um perigo exterior, isto é, de um dano esperado e previsto. Esta reação aparece ligada ao reflexo de fuga e pode ser entendida como uma manifestação do instinto de conservação. E este estado ansioso que leva a uma ação é útil e vantajoso para o indivíduo. A ansiedade neurótica, por sua vez, trata-se de uma reação a um perigo não real, que Freud aponta como um estado geral de ansiedade, em que as pessoas atormentadas por esta ansiedade, prevêm sempre as eventualidades mais terríveis, vêm em cada sucesso acidental o presságio de um infortúnio e se inclinam sempre ao pior quando se trata de um fato inseguro. Para Freud (1973) “A tendência a esta espera de um infortúnio é um traço de caráter próprio de grande número de indivíduos que fora isto não apresentam, nenhuma enfermidade”.

Estudo de JORN et al. (2003), avaliou a associação entre sintomas de ansiedade e depressão com a obesidade, e apontam níveis maiores de depressão e ansiedade nas mulheres obesas que nas não obesas; mais que na população masculina, onde esta associação está mais presente em relação aos sintomas de depressão e menos de ansiedade.

Estudo anterior (MATTOS et al. 2002) aponta uma alta frequência de episódios de compulsão alimentar periódica, sintomas depressivos graves, e ansiedade, em pacientes com obesidade severa. Foram encontrados sintomas depressivos em 100% dos pacientes avaliados, e ansiedade-traço em 70% , ansiedade-estado em 54%, sendo que a frequência de transtorno de compulsão periódica, foi maior nos pacientes com alto grau de ansiedade como traço de personalidade, do que enquanto estado de personalidade.

Outro estudo, ISNARD et al. (2003) com adolescentes com obesidade moderada e grave indicou uma consistência positiva na relação entre a compulsão alimentar (avaliada pela ECAP) e medidas psicológicas de ansiedade (avaliada pelo IDATE - Children) e depressão. Por outro lado, encontraram uma correlação negativa entre a compulsão alimentar e dimensões de auto-estima e satisfação corporal nos mesmos adolescentes. Estes estudos demonstraram que, a sintomatologia da compulsão alimentar, tende a crescer com o aumento do nível de depressão e ansiedade e o decréscimo do nível de auto estima. As duas variáveis: depressão e ansiedade estavam significativamente associadas com compulsão alimentar, assim como o baixo nível de auto estima.

Um aspecto interessante observado nestes estudos foi que os adolescentes com uma longa duração de obesidade eram menos deprimidos e ansiosos e tinham maior auto-estima que os adolescentes que eram obesos há menos tempo. ISNARD et al. (2003) consideram que isto talvez seja um sinal de adaptação do sujeito à situação de obesidade ao longo do tempo. Por outro lado, não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a duração da obesidade e gravidade da compulsão alimentar. Da mesma maneira, a dimensão da compulsão alimentar não se mostrou correlacionada com a gravidade da obesidade: obesidade severa não implicou em forte sintomatologia de compulsão alimentar.

Estes mesmos estudos indicam que os adolescentes obesos que procuram tratamento para perda de peso podem ter uma marcada sintomatologia de compulsão alimentar e severa angústia psicológica, particularmente em relação à ansiedade. Concluem ainda que a ansiedade e depressão podem ser as dimensões mais importantes especialmente associadas com compulsão alimentar em adolescentes de obesidade grave que buscam tratamento.

Estes estudos confirmaram também que a sintomatologia da compulsão alimentar pode ocorrer durante o período da adolescência numa proporção de 20% da população adolescente obesa, em níveis moderados a severos de compulsão alimentar. Relatam que esta proporção é relativamente baixa comparada a outro estudo citado por ISNARD et al. (2003) que encontrou uma ocorrência de 30% de transtorno de compulsão alimentar em adolescentes, usando critérios diagnósticos do DSM-IV, numa proporção semelhante ao encontrado em estudos com adultos. Outra semelhança dos resultados de

estudos com adultos apontado por ISNARD et al. é a forte associação encontrada entre transtorno de compulsão alimentar e dimensões afetivas como depressão e ansiedade .

BATTISTONI (1996), em um dos capítulos de sua dissertação discorre sobre "O significado do alimento" evidenciando que o alimento pode representar algo muito valioso e essencial à vida, além de sentimentos diversos como amor, segurança, satisfação, alívio de tensão.

Certos indivíduos obesos buscam no alimento a compensação para problemas e dificuldades de ordem emocional. Alimentam-se em excesso, para satisfazer necessidades afetivas, compensar frustrações, combater a depressão e o sentimento de solidão, descarregar a raiva ou fugir de sentimentos desagradáveis como o tédio, a preocupação, a culpa, a vergonha, a falta de esperança que decorrem de conflitos intrapsíquicos. (BATTISTONI, 1996 p.109).

Parece que o alimento talvez possa assumir significados diversos para o sujeito, que vão muito além do satisfazer uma simples necessidade de sobrevivência.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é pesquisar se adolescentes obesos apresentam transtorno de compulsão alimentar periódica, e se existe alguma relação entre este transtorno e a ansiedade nestes sujeitos.

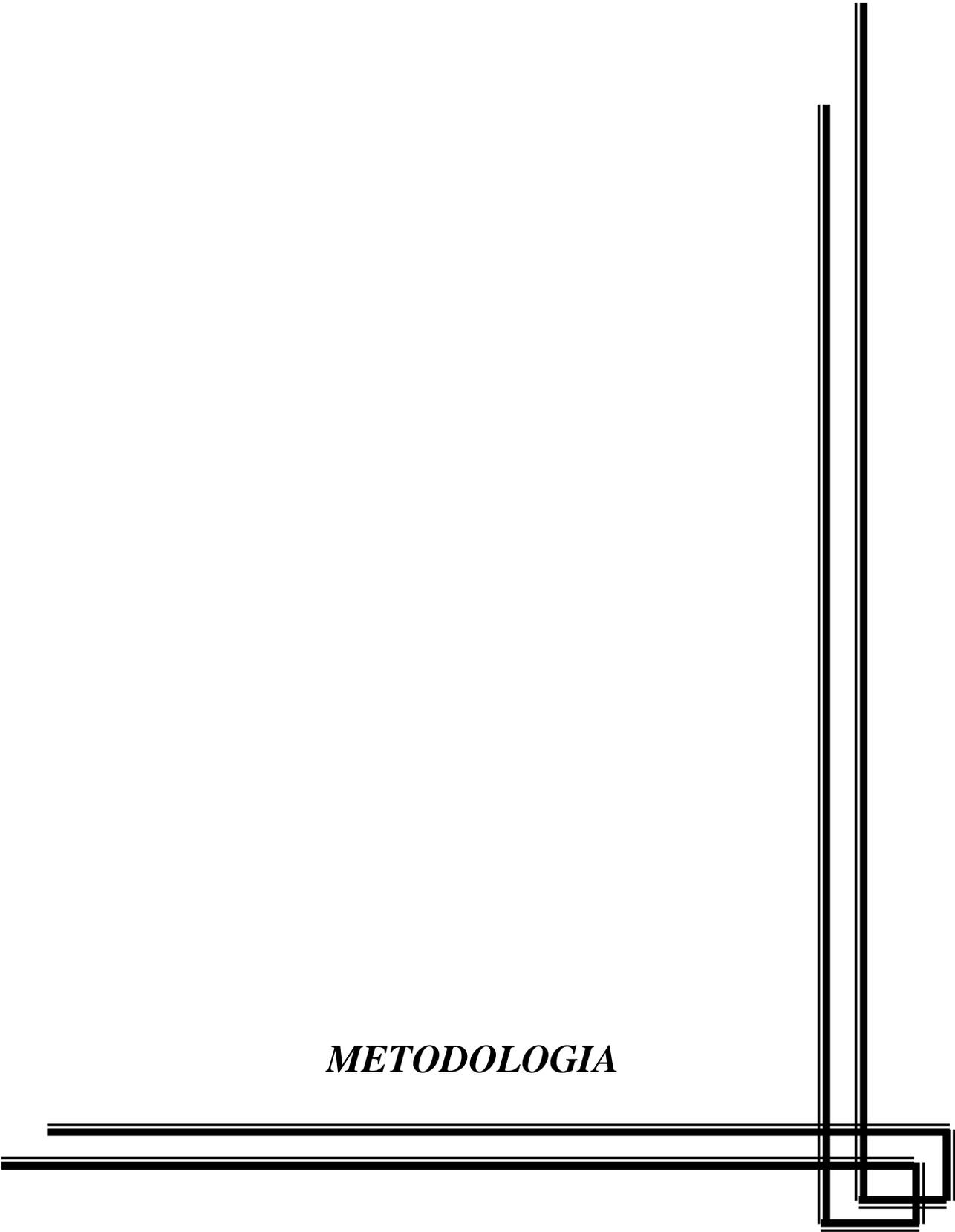
Interessa-nos investigar o sintoma de ansiedade que aparece com tanta frequência na queixa dos obesos e ao qual atribuem o comportamento de comer em excesso.

Hipóteses -

H0 – Pacientes com compulsão alimentar têm tanta ansiedade quanto os que não têm compulsão.

H1 – Pacientes com compulsão alimentar têm níveis diferentes de ansiedade daqueles que não têm compulsão.

METODOLOGIA



Casuística

Os sujeitos desta pesquisa são adolescentes entre 11 e 18 anos que procuram o programa de Medicina Preventiva da UNIMED Regional da Baixa Mogiana, Moji Mirim/SP, com o intuito de realizar um tratamento de perda de peso.

Neste estudo utilizamos dois grupos de adolescentes obesos:

Grupo A - Indivíduos obesos ou com sobrepeso com TCAP

Grupo B - Indivíduos obesos ou com sobrepeso sem TCAP

Fatores de Inclusão

Para todos os grupos, os fatores de inclusão foram:

1) Idade entre 11 e 18 anos, de ambos os sexos.

Esta faixa de idade foi escolhida por apresentar abrangência de todo o período considerado adolescência, e principalmente por atingir a puberdade onde autores como KNOBEL (1992), COOPER & GOODYER (1997), GOWERS & SHORE (2001) apontam, como de grande importância para o subsequente processo de desenvolvimento do adolescente, em virtude do início das mudanças corporais. Estes autores salientam as preocupações significativas desta idade com a forma e o peso do corpo, que são relevantes para este estudo.

2) IMC de sobrepeso ou obesidade considerado de acordo com a tabela de Cole et al. (2000).

A Organização Mundial da Saúde no documento “*Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health*” de Genebra, 1999 considera a adolescência entre o período de 10-18 anos, e recomenda o IMC como sendo o melhor indicador de emagrecimento para ser usado na adolescência (OPAS, 1999).

Fatores de Exclusão

Para ambos os grupos os fatores de exclusão foram:

- 1) Distúrbios endócrinos. A presença de distúrbios endócrinos e outros quadros clínicos que podem acarretar obesidade como hipotireoidismo, era pesquisada durante a triagem prévia.
- 2) Outros transtornos mentais associados como: transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade, transtorno de humor e retardo mental.

Método

Neste trabalho utilizamos uma das formas de avaliação de peso mais conhecida e aceita pela OMS que é o Índice de Massa Corpórea (IMC). E para a classificação deste índice em crianças e adolescentes utilizamos a classificação apresentada por COLE, et al. (2000), específica para faixa etária de 02 a 18 anos.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

- IMC – Índice de Massa Corporal – Respeitando a classificação para adolescentes de COLE et al. (2000)
- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) - padronizada, já traduzida e validada para o português (FREITAS, et al. 2001). (**Anexo I**)
- Entrevista para a identificação do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódico, segundo critérios do DSM-IV. (**Anexo II**).
- Inventário de Traço-Estado de Ansiedade – IDATE (SPIELBERGER et al. 2003) (**Anexo III**)

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA - ECAP

Com o objetivo de estudar especificamente o comportamento do comer compulsivo, foi criada uma Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) por GORMMALLY, et al. (1982), e traduzida para o português, adaptada e validada por FREITAS et al. (2001). Esta escala consiste em um questionário auto-aplicável que avalia a gravidade da compulsão alimentar em indivíduos obesos, em 3 medidas: sem compulsão, com compulsão moderada, com compulsão grave.

RICCA, V et al. (2000), observam que a ECAP (*BES = binge eating scale*) pode ser indicada como um instrumento "*screening*" para o Transtorno de Compulsão Alimentar em pacientes obesos, e os resultados de seus estudos confirmam a validade desta escala como um questionário de rápida aplicação. ISNARD et al. (2003) utilizam a ECAP para estudo com adolescentes obesos e afirmam que ela tem uma alta consistência interna.

Ao estudar a Escala de Compulsão Alimentar Periódica observa-se que das 16 questões que compõem a escala, 13 delas apresentam comportamentos para critérios diagnósticos discriminados no DSM-IV. As questões 3,7,10,15 incluem comportamentos de falta de controle no impulso para comer; a questão 6 refere-se ao sentimento de culpa ou raiva contra si mesmo em função do comportamento alimentar; a questão 8,11 refere-se ao comportamento de comer até sentir-se incomodamente repleto; as questões 5, 13, 14, 18 referem-se ao comportamento de comer excessivamente mesmo sem estar com fome; a questão 2 refere-se ao comer muito rapidamente; a questão 12 trata do constrangimento de comer demais frente a outros. Apenas 03 questões (01, 04, 09) não apresentam comportamentos para critérios diagnósticos discriminados no DSM-IV, mas abordam sobre a insatisfação com o próprio corpo pelo peso excessivo, a utilização do ato de comer para o alívio de estados de ânimo desagradáveis, e pensamentos obsessivos sobre o comer.

Os itens desta Escala apontam para determinantes psíquicos do ato do comer compulsivo e conseqüente aumento de peso.

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO - ESTADO (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço – Estado foi proposto por Charles D. Spielberger, iniciando-se sua construção em 1964 (BIAGGIO et al. 1977). Foi traduzido e adaptado para o português, por Ângela M.B. Biaggio, Luiz Natalício e Charles Spielberger (1977). Baseia-se na concepção de ansiedade proposta por Spielberger (SPIELBERGER & SMITH, 1966), que distingue entre estado e traço de ansiedade.

O estado de ansiedade se refere a um estado emocional transitório caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que pode variar de intensidade todo tempo; refere-se a uma reação a situações de stress.

O traço de ansiedade se refere a uma disposição relativamente estável para responder ao stress com ansiedade e uma tendência a perceber uma ampla gama de situações como ameaçadoras. O traço diz respeito à parte da estrutura de personalidade do sujeito. (BIAGGIO, et al. 1977).

Apesar de originalmente desenvolvido como instrumento de pesquisa para investigar fenômenos de ansiedade em adultos normais (sem perturbações de ordem psiquiátrica), o IDATE também tem mostrado ser de utilidade para medir ansiedade em estudantes do Ensino Fundamental e Médio, e em pacientes neuropsiquiátricos, cirúrgicos, de clínica médica, e desportistas em geral. (SPIELBERGER, et. al. 1966, p.1970).

O inventário é composto de duas escalas auto-aplicáveis, com 2 componentes separados: estado de ansiedade e traço de ansiedade. Cada escala consiste de 20 afirmações. A escala de traço de ansiedade solicita que os sujeitos apontem como geralmente se sentem, ou seja, identifica se a ansiedade é uma condição constante. E a escala de estado, solicita que apontem como se sentem num determinado momento, portanto, como a pessoa se encontra no momento em que responde ao inventário. São impressas em caderno separado. São avaliados 5 níveis de ansiedade: 1 – intensidade baixa; 2 – média baixa; 3 – média; 4 – média alta; 5 – alta.

Segundo ANDRADE & GORENSTEIN (2000) o IDATE é um dos instrumentos de auto-avaliação mais usados, e diferente de escalas como as de Hamilton, a de Zung e a de Beck que possuem construtos semelhantes, com ênfase nos aspectos somáticos da ansiedade, o IDATE tem uma grande proporção de seus itens medindo aspectos inespecíficos que podem estar presentes em qualquer situação de estresse.

Este instrumento tem sido usado em várias pesquisas para medir ansiedade associada com obesidade e/ou compulsão alimentar, como nos estudos de RICCA et al. (2000); NAPOLITANO et al. (2001); MATOS et al. (2002); ISNARD et al. (2003); PINAQUI et al. (2003).

Procedimentos

A seleção foi feita pela ordem natural de procura espontânea ao Programa de Medicina Preventiva da UNIMED - Baixa Mogiana, por iniciativa dos próprios adolescentes ou de seus pais.

Cabe aqui esclarecer que o Programa de Medicina Preventiva da UNIMED – Baixa Mogiana é um benefício oferecido pela UNIMED aos seus usuários para atendimento de grupos de risco como obesidade e ou diabetes infantil, adolescente e adulta; dislipidemia, hipertensão e tabagismo. Os participantes são atendidos em grupos semanais por uma equipe multidisciplinar de profissionais das áreas de psicologia, enfermagem, nutrição e educação física. O período de programação para os grupos é previsto para 02 anos. A coordenação do programa é feita por um médico cardiologista.

Este estudo tentou abranger o universo de convivência dos adolescentes no programa, no período de 01 ano, de novembro de 2003 a dezembro de 2004. Alguns adolescentes se recusaram claramente a participar da pesquisa, outros não compareceram à entrevista agendada. Para aqueles que concordaram em participar, foi solicitado que assinassem, o próprio adolescente, ou seu responsável, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP. (**Anexo IV**)

Inicialmente cada adolescente passou pela triagem, feita pela enfermagem do próprio programa, onde foram colhidos os dados relativos a idade, peso, altura, nível de escolaridade, local de trabalho dos pais, saúde do paciente e família, histórico clínico, presença de diabetes e taxa de colesterol, entre outros. Também foi pesquisada a presença de outras comorbidades, entre elas distúrbios endócrinos, pelos médicos da área. Todas as patologias médicas presentes foram diagnosticadas por especialistas e excluídas da pesquisa.

Em seguida os adolescentes iniciavam a pesquisa propriamente dita com a pesquisadora. Primeiramente foi feita uma entrevista com cada adolescente, individualmente, para se identificar o Transtorno de Compulsão Alimentar segundo critérios do DSM IV. RICCA et al. (2000) afirmam que a entrevista clínica é o método de diagnóstico mais preciso para o transtorno alimentar.

Em seguida, foram aplicadas as duas escalas: Escala de Compulsão Alimentar e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. A pesquisadora explicava o que deveria ser feito e se mantinha presente apenas para solucionar dúvidas, se necessário, a respeito da compreensão das questões das escalas.

Para a verificação dos resultados os sujeitos foram agrupados de acordo com a presença ou não do TCAP e pareados por idade, grau de escolaridade correspondente à idade e sexo. A partir daí as variáveis IMC e ansiedade foram comparadas em ambos os grupos para se verificar se havia diferença dos níveis destas variáveis entre eles.

RESULTADOS

Do universo dos adolescentes que buscaram o programa de medicina preventiva no período de 01 ano, 24 deles não participaram da pesquisa por se recusarem formalmente, ou por dificuldades de horário para a entrevista, ou não compareceram à entrevista agendada sem apresentar explicações. Dos 78 que realizaram a pesquisa, 05 tiveram fatores de exclusão: 02 apresentaram transtornos mentais associados, previamente diagnosticados pelo clínico; 03 deles apresentaram retardo mental, obtendo-se então, ao final, 73 sujeitos.

Embora não façam parte do grupo de variáveis previstas para serem avaliadas neste estudo, alguns dados integrantes ao protocolo de triagem para a pesquisa são interessantes de serem observados, no intuito de caracterizar com clareza a população envolvida no estudo. São eles: a escolaridade e condição social dos sujeitos.

A escolaridade dos sujeitos pesquisados acompanhou aproximadamente sua faixa etária correspondente: 11–12 anos para 5^a. série do 1^o. grau, seguindo sequencialmente até 17-18 anos para 3^a. série do ensino médio. Desta forma, a escolaridade média destes adolescentes acompanhou a média da faixa etária da amostra, de 13,66 anos, o que indica escolaridade de 7^a. série do ensino fundamental.

A condição social da média dos sujeitos da amostra pode ser observada de acordo com o trabalho dos pais, em sua maioria comerciantes e funcionários de várias categorias de empresas da indústria e comércio da região, e uma pequena porcentagem (6,85%) de profissionais autônomos.

Dos 73 adolescentes pesquisados, 30 apresentaram Transtorno de Compulsão Alimentar e 43 não apresentaram, formando o grupo-controle. A análise estatística dos dados não mostrou diferenças significativas para idade e sexo entre os dois grupos, com TCAP e sem TCAP, constatando-se o pareamento da amostra.

A idade média dos 73 sujeitos foi 13,66 anos, com desvio padrão (DP) de 1,77 (Tabela no.1); e o IMC médio do total de sujeitos foi 27,09 com DP de 3,69 o que caracteriza obesidade, segundo a classificação de COLE et al. (2000) para adolescentes.

Em se tratando de ansiedade-estado, os níveis mantiveram-se dentro da média para toda a amostra. Porém, para ansiedade-traço, no grupo com TCAP os índices mostraram-se acima do nível médio - 3.

A distribuição por sexo mostrou-se equitativa na amostra.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra Geral (N=73)

Idade		Média	13,66	DP	1,77
IMC		Média	27,09	DP	3,69
Sexo	F	N	41	%	56,16
	M	N	32	%	43,84
Grupos	TCAP	N	30	%	41,10
	S/TCAP	N	43	%	58,90
Ansiedade	TCAP	Média	2,77	DP	1,17
Estado	S/TCAP	Média	2,26	DP	1,05
Ansiedade	TCAP	Média	3,63	DP	1,30
Traço	S/TCAP	Média	2,63	DP	1,22

DP = Desvio Padrão; TCAP = com transtorno; S/TCAP= sem transtorno

Quanto a IMC os índices mostraram-se maiores no grupo de sujeitos com TCAP que nos sujeitos sem TCAP (Tabela no2), apresentando médias e medianas maiores. Quando comparado IMC com ECAP, o IMC também indicou índices maiores entre os sujeitos que apresentaram compulsão alimentar, com graus mais severos na ECAP apontando médias e medianas também maiores para sujeitos com compulsão moderada e grave respectivamente (Tabela no.3). Em ambos os quadros é possível visualizar que o índice de significância é menor que 0,05, o que atribui aos resultados significância estatística representativa.

Tabela 2 - Médias de IMC nos grupos com TCAP e sem TCAP

Grupos	N	Média	D.P	Mínimo	Mediana	Máximo
Sem TCAP	43	27.32	3.84	21.90	26.67	36.71
Com TCAP	30	28.70	3.36	21.83	27.90	37.20

Teste de Mann-Whitney: p-valor = 0,0346

Tabela 3 – Comparação de IMC com resultados da ECAP

ECAP	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
CAP G	7	28,75	1,95	27,18	28,33	32,88
CAP M	32	28,61	3,62	21,83	27,98	37,20
S/TCAP	34	27,03	3,90	21,90	26,28	36,71

Teste de Kruskal-Wallis: p-valor = 0,0426

G= TCAP Grave; M= TCAP moderada; S/TCAP = sem TCAP

Quando se verifica o resultado da comparação entre ansiedade – traço e IMC por grupo pode-se observar que tanto no grupo com compulsão alimentar como no grupo controle, os índices de IMC, embora se mostrem maiores a partir da média para os níveis mais elevados de ansiedade (Tabela no. 4), os índices de correlação não são significativos estatisticamente, indicando que os adolescentes com maior grau de obesidade não apresentaram níveis mais elevados de ansiedade-traço, quer no grupo com compulsão alimentar, quer no grupo sem compulsão.

Tabela 4 – Ansiedade –traço por índices de IMC nos grupos

Ansiedade-traço com TCAP	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
1	2	26,65	0,05	26,05	26,65	27,25
2	6	27,17	3,48	21,95	27,47	32,67
3	2	30,88	2,83	28,88	30,88	32,88
4	11	29,25	2,07	27,18	28,88	33,30
5	9	29,02	4,72	21,83	28,33	37,20

Ansiedade-traço sem TCAP	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
1	6	25,97	1,00	22,70	26,00	28,48
2	21	27,08	4,14	21,90	26,50	36,71
3	2	24,19	1,00	23,48	24,19	24,90
4	11	28,26	3,78	23,09	27,60	34,12
5	3	30,36	4,74	26,46	28,99	35,63

Coefficiente de Correlação de Spearman

Grupo com TCAP – p-valor= 0,2450

Grupo sem TCAP – p-valor= 0,1253

Quanto à ansiedade-estado os resultados mostraram-se dentro de índice de significância estatística apenas quando comparados por grupo, apresentando índices mais elevados no grupo com TCAP, p-valor = 0,0429 (Tabela no.5). Pode-se observar que os índices de ansiedade-estado tiveram constância maior no grupo de sujeitos com transtorno que no grupo – controle, indicando que os adolescentes com TCAP responderam de forma mais ansiosa à situação momentânea de avaliação. Na comparação de ansiedade-estado com outras variáveis, os resultados não se mostraram significativos.

Tabela 5- Médias de Ansiedade-estado por grupo

Grupos	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
S/TCAP	43	2,26	1,05	1,00	2,00	5,00
C/TCAP	30	2,77	1,17	1,00	2,00	5,00

Teste de Mann-Whitney: p-valor = 0,0429

Os resultados para ansiedade-traço mostraram-se diferentes de ansiedade-estado, surgindo com escores mais altos entre os sujeitos com TCAP, com uma média da ansiedade de 2,63; mediana 2,00 para o grupo controle, e média 3,63; mediana 4,00 para o grupo com transtorno, com um nível de significância bastante representativo (p-valor = 0,0017) quando ansiedade foi avaliada como uma variável contínua (Tabela no. 5), indicando que os adolescentes que apresentaram compulsão alimentar mostraram-se mais ansiosos enquanto traço de personalidade que os adolescentes que não apresentaram compulsão alimentar.

Tabela 6 – Médias de Ansiedade - Traço por grupo

Grupos	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
S/TCAP	43	2.63	1.22	1.00	2.00	5.00
C/TCAP	30	3.63	1.30	1.00	4.00	5.00

Teste de Mann-Whitney: p-valor = 0.0017

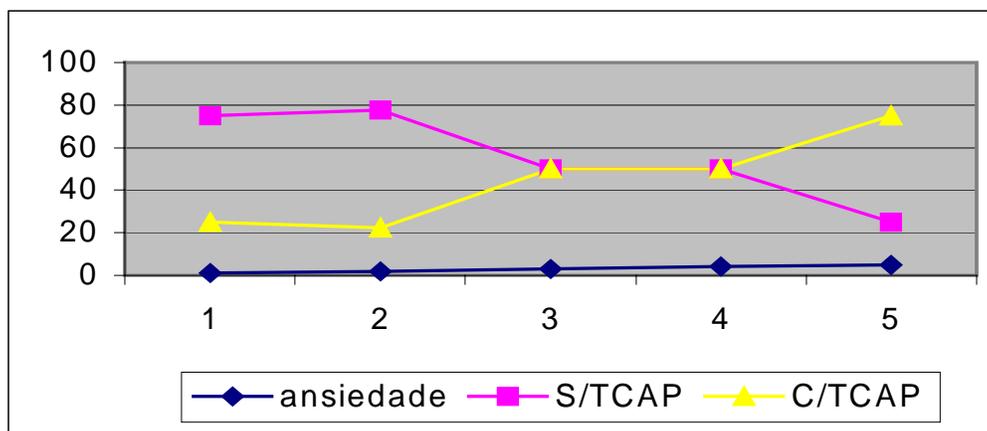
Na comparação de ansiedade-traço enquanto variável categórica, é possível observar que os resultados se confirmam, com índices de ansiedade mais altos no grupo com TCAP onde os sujeitos concentraram-se, em maior número nos índices de ansiedade 4 e 5 (Tabela no. 7), indicando também um índice estatisticamente significativo de p-valor – 0,0173.

Tabela 7 – Índices de Ansiedade-traço distribuídos por grupos com TCAP e sem TCAP

Ansiedade	Grupos				Total	
	Sem TCAP		Com TCAP		N	%
	N	%	N	%		
1	6	8,22	2	2,74	8	10,96
2	21	28,77	6	8,22	27	36,99
3	2	2,74	2	2,74	4	5,48
4	11	15,07	11	15,07	22	30,14
5	3	4,11	9	12,33	12	16,44
Total	43	58,90	30	41,10	73	100,00

Teste Exato de Fisher: p-valor = 0.0173

No Gráfico no. 1 apresentamos o percurso da porcentagem dos sujeitos nos 2 grupos, do mesmo cruzamento citado acima, localizados por níveis de ansiedade-traço. Pode-se perceber que a porcentagem dos sujeitos com TCAP aumenta conforme aumenta o nível de ansiedade. E a porcentagem dos sujeitos sem TCAP, ao contrário, apresenta uma porcentagem alta nos níveis mais baixos de ansiedade e tende a diminuir conforme aumenta o nível de ansiedade, encontrando-se os dois grupos claramente num ponto médio comum de 50% no nível médio de ansiedade. Este gráfico confirma os resultados já apontados nos quadros anteriores, de que os sujeitos com TCAP deste estudo apresentaram maiores níveis de ansiedade-traço do que os sujeitos do grupo-controle.



Teste exato de Fisher: p-valor = 0,0173

Gráfico 1 – Porcentagem dos sujeitos por nível de ansiedade-traço

Quando comparados os índices da ECAP com ansiedade-traço (Tabela n.o 8), os resultados também apresentaram diferenças com relevante significância estatística de p-valor = 0,0003, mostrando que os adolescentes que não apresentaram compulsão alimentar na escala, concentraram-se entre os índices menores de ansiedade, e os adolescentes que apresentaram compulsão alimentar moderada e grave, concentraram-se entre os índices maiores de ansiedade-traço. Este resultado era esperado para uma escala considerada de confiabilidade para a avaliação da compulsão alimentar.

Tabela 8 – Comparação entre Ansiedade-Traço por ECAP

ECAP	N	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
CAP G	7	3,71	1,11	2,00	4,00	5,00
CAP M	32	3,63	1,26	1,00	4,00	5,00
S/TCAP	34	2,35	1,12	1,00	2,00	5,00

Teste de Kruskal-Wallis: p-valor = 0,0003

G= Grave; M= Moderada; S/TCAP= sem TCAP

A verificação da concordância entre a Escala de Compulsão Alimentar Periódica e o diagnóstico de TCAP (considerado padrão-ouro), mostrou índice de moderado a alto, conforme indica o Quadro no. 3, comprovando resultados anteriores da literatura (RICCA et al. 2000; ISNARD, et al. 2003) em que comprovam a validade da ECAP em relação aos critérios diagnósticos do DSM-IV. A análise feita em nosso estudo para verificar a concordância, utilizou o coeficiente Kappa cujos valores de concordância são os seguintes:

Kappa < 0,40 – Concordância fraca

0,40 ≤ Kappa ≤ 0,75 – Concordância moderada

Kappa > 0,75 – Concordância alta

Quadro 3 – Resultados de concordância da ECAP

	p	Intervalo de Confiança 95%	
		Inf.	Sup.
Sensibilidade	96,67	80,95	99,83
Especificidade	76,74	61,00	87,72
VP+	74,36	57,57	86,40
VP-	97,06	82,95	99,85
Acurácia	84,93	74,21	91,88

Sensibilidade = proporção de positivos verdadeiros

Especificidade = proporção de negativos verdadeiros

VP+ = Preditividade positiva – proporção de positivos verdadeiros em relação a todas as predições positivas.

VP- = Preditividade negativa – proporção de negativos verdadeiros em relação a todas as predições negativas.

Acurácia = proporção de predições corretas (soma de positivos e negativos verdadeiros).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Assim como os resultados encontrados neste trabalho, uma correlação significativa entre obesidade e transtorno de compulsão alimentar também foi encontrada no estudo de RICCA et al. (2000), com 300 mulheres obesas, utilizando-se os mesmos instrumentos deste estudo: entrevista, ECAP e IDATE. Resultados semelhantes também foram encontrados num estudo retrospectivo de STRIEGEL – MOORE, et al. (2004) com jovens mulheres, que também aponta no grupo com TCAP índices mais altos de IMC que no grupo sem transtorno alimentar. O estudo de ISNARD et al. (2003), com adolescentes de obesidade severa, aponta que os sintomas de compulsão alimentar são frequentes na população estudada. Um estudo também retrospectivo com adolescentes obesas de STICE-ERIC, et al. (2002), aponta o comer compulsivo como um sério fator de risco para a obesidade, e seus resultados indicam que este transtorno pode prognosticar o surgimento da obesidade. Novos estudos necessitam ser realizados principalmente com adolescentes, porém, de maneira geral a literatura tem indicado esta associação entre comer compulsivo e obesidade, como encontramos no grupo de adolescentes de nosso estudo, de forma bem evidente.

COUTINHO & POVOA (2002), também apontam nesta associação uma relação causal, na qual o comer compulsivo seria o agente causador ou facilitador da obesidade. Apontam também que a gravidade do comer compulsivo parece estar relacionada com o grau de obesidade. Além disto, estes autores afirmam que os obesos comedores compulsivos apresentam um início do quadro de obesidade mais precoce do que os não compulsivos; apresentam ainda uma maior prevalência de flutuação de peso e passam mais tempo de sua vida adulta tentando perder peso. Outros estudos já indicados no início deste trabalho também apontam estas associações.

Todos estes aspectos indicam o risco clínico do transtorno do comer compulsivo no indivíduo obeso quer seja o adulto ou adolescente. A importância de olharmos para estas questões é evidente se retomarmos as colocações apresentadas por WADDEN, (1999); COUTINHO & POVOA (2002), em que evidenciam a obesidade como uma doença de difícil tratamento e elevada taxa de recidiva diante da dificuldade para a manutenção da conquista de perda de peso. Tanto WADDEN (1999) quanto FONSECA et al. (2001) apontam a obesidade como um transtorno dos mais refratários, evidenciado a

maior dificuldade não na perda de peso, mas na manutenção deste peso satisfatório conquistado. Aliado a isto, as pesquisas já evidenciadas no início deste trabalho, têm indicado que quanto mais cedo começa a obesidade, mais difícil se torna para o indivíduo se ver livre dela. Podemos supor então que para o adolescente, o comer compulsivo associado com a obesidade, além do fato de ser um fator de risco por si mesmo, parece ser um indicativo das dificuldades que este adolescente pode encontrar em sua vida adulta, na luta contra a perda de peso, ou manutenção de um peso saudável. Além de indicar que, dietas restritivas que pressupõem o emagrecimento podem não atingir o que esteja provocando ou facilitando a obesidade, se considerarmos o transtorno do comer compulsivo como um possível causador ou facilitador da mesma.

Neste estudo, os resultados não mostraram uma correlação significativa entre índices de IMC e ansiedade nos adolescentes obesos, indicando que o adolescente de maior obesidade, não apresentou maior ansiedade associada. Os resultados de outros estudos como de PASTORE et al. (1996) com estudantes de ensino médio que comparou a obesidade com auto-estima e ansiedade (utilizando o IDATE), indicaram que tanto a auto-estima quanto a ansiedade dos estudantes obesos também não apresentaram diferenças em relação aos não obesos. Da mesma forma, o estudo de ISNARD et al. (1993), utilizando o IDATE, não apresentou diferenças significativas de resultados para ansiedade, entre o grupo de obesos e o grupo controle. RICCA, et al. (2000) também utilizando o IDATE não encontraram correlação entre ansiedade e obesidade, estudando pacientes adultos. O estudo de ZIPPER et al. (2001) com crianças e adolescentes obesos e diabéticos, também utilizando o IDATE, por sua vez, apontou que os jovens obesos têm significativamente maiores índices de ansiedade e outros distúrbios psicopatológicos que os jovens diabéticos. Estes autores apresentam apenas os escores de ansiedade-traço e não os de ansiedade-estado em seu estudo onde encontraram uma frequência considerável de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes obesos, e observam que estudos epidemiológicos franceses apontam, entre estes transtornos, uma frequência consideravelmente maior dos transtornos de ansiedade, principalmente ansiedade de separação e fobia social. Consideram ainda que esta constatação remete a uma noção clássica da dependência excessiva dos sujeitos obesos ao seu entorno, ao círculo familiar com uma ansiedade de separação e uma crítica pobre, um evitação de contatos sociais,

confinando as crianças e adolescentes ao círculo familiar. E complementam que é difícil de precisar se esta dependência no modo de relacionamento precede a obesidade, ou se é consequência do “handicap” social imposto pela nossa cultura aos sujeitos obesos.

O estudo de JORN et al. (2003), que utiliza outros instrumentos para avaliação da ansiedade, apontou que para as mulheres, a obesidade está associada com níveis significativamente altos de sintomas de ansiedade, diferentemente dos homens que não apresentaram esta relação.

A partir destes resultados pode-se entender que o adolescente obeso pode ser mais ansioso que o adolescente não obeso ou diabético, porém o grau de sua obesidade não implica no grau de sua ansiedade, ou seja, o mais obeso não necessariamente é mais ansioso que o menos obeso. Por outro lado pode-se pensar também que para o adolescente, a obesidade em si mesma nem sempre é geradora de ansiedade, e a preocupação com o peso corporal ligada a fatores de risco mais sérios como morbimortalidade que poderia gerar ansiedade, tende a surgir mais tarde, no jovem adulto, e principalmente entre mulheres, como evidencia DIETZ (1997).

Os resultados nem sempre concordantes entre os diversos estudos citados acima, indicam a necessidade da realização de novas pesquisas na população de adolescentes obesos. Vale lembrar a grande preocupação que ZIPPER et al. (2001) apresentam em seu estudo não só em relação à ansiedade mas também com outros sintomas e distúrbios psicopatológicos em adolescentes obesos. Estes autores referem que é possível que a obesidade não seja o pior indicativo de risco para saúde mental, mas está associada com outros fatores de risco que precisam ser considerados, e cremos mais estudados, como a ansiedade. E neste sentido Zipper et al. consideram que a ansiedade enquanto sintoma pode ser um sério indicativo de risco de transtorno mental ansioso para os jovens obesos, ou seja, um fator predisponente de outros transtornos, como os transtornos de ansiedade apontados por estes autores, ou transtornos alimentares, como indicam MATTOS et al. (2002).

Uma correlação significativa que os resultados de nosso trabalho mostram é a associação entre o transtorno de compulsão alimentar e a ansiedade-traço nos adolescentes obesos, indicando que o adolescente com compulsão alimentar mostrou-se com maior grau de ansiedade que o adolescente que não apresentou compulsão alimentar. Estes resultados apresentam semelhanças com outros estudos que também utilizaram o IDATE, como o estudo de MATOS et al. (2002) no primeiro estudo publicado no Brasil sobre a prevalência de sintomas psiquiátricos numa amostra de adultos com obesidade de grau III, ou seja, com um IMC maior ou igual a 40, e que encontrou uma alta correlação entre TCAP e sintomas de ansiedade. E o estudo de PINAQUY et al. (2003), que mostrou como esperado, segundo estes autores, que os sujeitos (mulheres obesas) com TCAP exibiram escores mais altos de depressão, ansiedade e perseverança ao stress que os sujeitos sem TCAP.

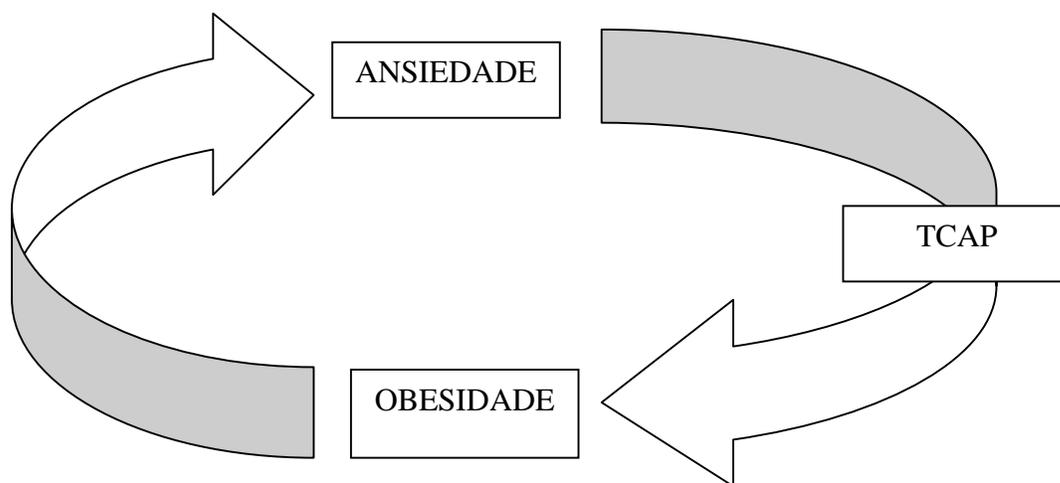
Da mesma forma, o estudo que mais se aproxima de nosso trabalho em população de adolescentes obesos é o de ISNARD et al. (2003), que encontrou níveis de ansiedade significativamente mais elevados nos sujeitos com TCAP que nos sujeitos sem TCAP. Segundo estes autores, a sintomatologia da compulsão alimentar aumenta com a gravidade da ansiedade. Resultados semelhantes pode-se observar em nosso trabalho quando comparados os resultados da ECAP com ansiedade-traço em que os índices de ansiedade aumentam conforme também aumenta a gravidade da compulsão alimentar. ISNARD et al. (2003) salientam que a relação de seu estudo entre compulsão alimentar e ansiedade foi um achado único, e que esta relação não tem sido ainda descrita na população adolescente. Na revisão bibliográfica desta pesquisa, também não foram encontrados outros estudos que verifiquem esta associação na população adolescente, quer no Brasil ou em outros países.

Em nosso estudo podemos observar que os adolescentes com TCAP apresentaram índices maiores, não só de ansiedade-traço, como de ansiedade-estado (Tabela n.o 5), o que pode indicar que os adolescentes com o transtorno tendem a responder de maneira ansiosa em quaisquer situações de vida, quer de forma momentânea ou de maneira constante. E os adolescentes com compulsão alimentar apresentaram-se mais ansiosos, de forma geral, que os adolescentes sem compulsão alimentar.

Esta associação pode ser um indicativo também apontado por MATTOS et al. (2002), de que indivíduos com personalidades mais ansiosas seriam mais propensos a usar o comer compulsivo como forma de aliviar a ansiedade e, portanto desenvolver o transtorno de compulsão alimentar. Em consequência, teriam mais propensão também para desenvolver a obesidade. A compulsão alimentar pode estar sendo originada ou intensificada pela ansiedade, e aí poderíamos supor um círculo vicioso no qual a ansiedade gera compulsão alimentar, que gera obesidade, que provoca mais ansiedade, e assim por diante:

Ansiedade ⇒ Transtorno de compulsão alimentar ⇒ Obesidade ⇒ ansiedade
⇒ TCAP ⇒ Obesidade ⇒

E desta forma um realimentaria o outro continuamente.



BATTISTONI (1996) em vários pontos de sua tese também se refere a um círculo vicioso “ao qual o adolescente obeso está sujeito, ou seja, ao fato de se voltar à comida como única forma garantida de prazer, sempre que sofre rejeições e diminuição em sua auto-estima pelo fato de ser gordo”. Em nosso estudo não abordamos a auto-estima ou rejeição. Porém, da mesma maneira, nele os adolescentes obesos com TCAP parecem voltar-se para a comida como uma forma de aliviar uma sensação emocional desconfortável.

É interessante lembrar que dentre os critérios que diagnosticam o transtorno de compulsão alimentar estão sintomas bastante incômodos de culpa, angústia, ou repulsa por si mesmo, que por si só seriam sentimentos passíveis de gerar ansiedade.

O contato clínico com pacientes obesos, relatos dos participantes dos grupos para emagrecimentos, e a observação empírica de pessoas obesas no trabalho diário clínico, assim como a literatura tem mostrado que para muitas pessoas o ato de comer muitas vezes vai além da necessidade de satisfazer a fome, e tem sugerido que no ato de comer compulsivamente possa estar implicada a satisfação de outras necessidades implícitas ao psiquismo, como a necessidade de aliviar uma sensação ou um estado de ansiedade.

Para BATTISTONI (1996), VIUNISKI (1999), PARIZZI e TASSARA (2001), o alimento pode representar para o sujeito muito mais do que a satisfação da necessidade fisiológica, e assumir significados afetivos dos mais diversos, desde amor e prêmio, até castigo ou alívio de tensões. Desde as primeiras experiências de vida, ao ser alimentado, o bebê pode fazer a associação entre o alimento e sensações prazerosas, para aliviar sensações de desprazer. VIUNISKY (1999) aponta que quando uma mãe tende sempre a responder ao choro do filho com comida, sem saber o motivo do choro, ensina-lhe que suas angústias ou sofrimentos podem ser resolvidos com o alimento, e acrescenta que "entender cada choro ou desconforto da criança como fome, e saciá-lo através do leite, é impedir que ela desenvolva outras estratégias para suportar as frustrações". A criança pode aprender a procurar comida toda vez que sentir angústia ou necessidade de segurança e proteção diante de situações adversas do mundo. Ou pode procurar comida nos momentos de raiva, porque foi alimentada mesmo quando seu choro era de raiva. A criança que não identifica corretamente seus desejos, sentimentos, necessidades, não identifica a diferença entre a fome e a vontade de comer. VIUNISKY (1999) observa que, no futuro essa criança, quando se sentir irada, e com vontade de agredir, poderá lançar mão do antigo mecanismo: comer. E irá, erroneamente sentir-se com necessidade de comer em momentos de maior ansiedade.

Teríamos que investigar a história pessoal dos adolescentes deste estudo para verificar a existência desta dinâmica psíquica. Porém ela nos parece ser um caminho a perseguir no entendimento do mecanismo que envolve o transtorno de compulsão alimentar e a ansiedade na clínica do adolescente obeso. No acompanhamento a grupos de obesos percebemos que o adulto identifica com certa frequência seus momentos de ansiedade

ligados a compulsão, e é comum ouvirmos esta fala: “Esta semana comi demais, não consegui me controlar porque estava muito ansiosa”. E inúmeras vezes em nosso contato com os adolescentes ou seus pais ouvimos a seguinte afirmação do jovem: “Acho que como demais quando estou ansioso”; ou dos pais: “Percebo que ele come muito porque é muito ansioso”.

Num texto de 1936, "Apetite e perturbação emocional" Winnicott (1993) apresenta vários casos de crianças com perturbações de apetite e em um deles especialmente diz: "come demais, claramente como defesa contra a ansiedade" referindo-se a uma garota púbere que desde pequenina começa a manifestar o comportamento de "roubar" a atenção de outros da irmã mais velha. Esta tendência vai aumentando ao longo do tempo até chegar ao que Winnicott chama de "compulsão da mais nova de roubar à irmã toda criança e todo adulto que passa a significar alguma coisa para ela". E mais adiante ele completa: "não é surpreendente que a voracidade da menina não se dirija apenas a pessoas. Ela também come demais, claramente como defesa contra a ansiedade, e às vezes sua gordura se eleva a níveis pouco saudáveis. Qualquer tentativa de pô-la em dieta produz agitação e acerbidade temperamental".

Neste caso o autor deixa claro que tanto a compulsão a roubar amigos da irmã como a compulsão para se alimentar são manifestações da mesma "voracidade excessiva" que é tratada por ele como um sintoma da ansiedade primitiva do bebê.

Num outro caso do mesmo texto Winnicott mostra uma mudança de comportamento alimentar como sintoma de distúrbios de apetite na perturbação psicológica, em que estaria envolvida a mudança de comportamento de uma inibição do apetite para uma compulsão ao comer. Winnicott inicia assim o relato: "Esta é uma breve descrição do caso de um menino que passou de inibido a voraz". Refere-se a um garoto de 15 anos de idade, com muito bom nível intelectual, que começa a apresentar distúrbios de caráter na adolescência, manifestando comportamento agressivo e destruidor. Winnicott ressalta: "O ponto de maior interesse aqui é que, junto com esta mudança de caráter, também ocorreu uma total mudança, a inibição da voracidade transformando-se em glotonaria. Na época das mudanças de caráter, começou a engordar, depois de sempre ter sido magro, tendo adquirido um apetite mais do que saudável, com alguma compulsão a comer em demasia". (Winnicott, 1993).

O que surpreende Winnicott neste caso, é que até os doze anos este menino tinha apresentado uma inibição para alimentar-se, demonstrando total desinteresse por comida; e em dado momento, seu comportamento transforma-se no oposto, passando a apresentar um interesse excessivo por comer. O autor parece deixar evidente que tanto a inibição de comer como a compulsão para comer seriam manifestações de uma ansiedade primitiva, originada no início de vida do bebê em suas primeiras relações com a mãe e o ato de ser alimentado.

Embora nosso estudo não apresente dados que nos permitam sugerir estas relações, as considerações de WINNICOTT, 1993; BATTISTONI, 1996; VIUNISKI, 1999; PARIZZI & TASSARA, 2001; nos levam a refletir a respeito desta associação entre ansiedade e compulsão alimentar, e do possível início precoce desta associação na vida da criança, no seu relacionamento com a mãe.

Podemos supor que muitas vezes a ansiedade que se origina nas primeiras semanas de vida, possa acompanhar o sujeito em vários aspectos de sua vida futura, passando o sujeito a ter, como citou FREUD (1973) a tendência a ver fatos acidentais como possíveis infortúnios, a estar acompanhado sempre de uma “espera ansiosa” como se algo ruim sempre estivesse para acontecer, e esta ansiedade constante transformar-se num “traço de caráter”, segundo Freud.

De que exatamente se trata esta ansiedade, como se origina, a que mecanismo psíquico inconsciente está ligada, e a que tantos sentimentos ou estados emocionais se está chamando de ansiedade, são questões que nos surgem em decorrência de nosso estudo e de todas estas observações. A avaliação da ansiedade-traço, assim como a ansiedade-estado neste estudo não tem o propósito de responder a estas questões que, porém, a nosso ver merecem a tentativa de serem percorridas e melhor pesquisadas em outro estudo.

De qualquer maneira, os achados desta pesquisa podem ser valiosos enquanto alerta de que existe de fato uma sensação emocional incômoda, desconfortável, sofrida denominada ansiedade e que aparece associada ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, e que de acordo com a literatura aqui já apontada, são fatores de risco para a saúde mental do jovem obeso.

CONCLUSÃO



“Na história de todos os tipos de casos psiquiátricos pode-se encontrar perturbações do apetite, que podem estar claramente entrelaçadas aos outros sintomas.

Um contato clínico direto com crianças pequenas fornece uma oportunidade rica para observação e terapia, e para a aplicação de princípios aprendidos através da análise de crianças e adultos.

A teoria da doença psiquiátrica deve ser modificada para levar em consideração o fato de que, em muitos casos, a história de uma anormalidade tem suas raízes nos primeiros meses ou mesmo primeiras semanas de vida.”

WINNICOTT, 1993

É preciso salientar que algumas limitações deste estudo exigem cautela na interpretação dos seus resultados. Por se tratar de um estudo de delienamento transversal e do pequeno tamanho da amostra torna-se reduzida sua potência estatística e a validade externa dos seus resultados, impossibilitando a generalização das conclusões para toda a população adolescente obesa. Apesar disto, ele pode ser uma contribuição significativa para o entendimento do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, tendo-se em vista ser esta uma categoria que ainda requer maiores estudos com pequeno número de estudos existentes a respeito do TCAP e ansiedade em adolescentes obesos.

Os resultados encontrados nesta pesquisa indicam que a ansiedade-traço é um sintoma psíquico que se mostrou significativamente associado ao TCAP e à obesidade nos adolescentes obesos pesquisados. Esta ansiedade-traço pode indicar um traço de personalidade do indivíduo, e, portanto, os adolescentes obesos com traço de personalidade mais ansioso, ou que respondem com maior constância de maneira ansiosa às questões de sua vida, tendem a comer mais compulsivamente e a serem mais obesos. Estes dados podem indicar que a ansiedade e o comportamento do comer compulsivo são fatores de risco que precisam ser considerados no atendimento clínico de adolescentes obesos e na atenção à prevenção da obesidade e transtornos psíquicos.

A partir dos resultados semelhantes ao de outros estudos, é interessante questionar se a ansiedade pode ser um fator predisponente do Transtorno de Compulsão

Alimentar, ou se ela, existente de alguma maneira já no indivíduo, se intensificaria e se manifestaria com constância, diante da convivência com o Transtorno de Compulsão Alimentar. De qualquer forma, a presença do TCAP é um fator de alerta para a saúde futura do adolescente, e para o prognóstico da obesidade e seria um direcionador da prioridade no tratamento da obesidade do adolescente, visto que a realização de dietas restritivas podem ser infrutíferas como indica a literatura abordada, se a compulsão alimentar se mantiver.

Este estudo evidenciou, assim como em outros da literatura, a correlação entre ansiedade, transtorno de compulsão alimentar e obesidade em adolescentes obesos. E foi possível refletir, também à luz da literatura, que esta correlação pode iniciar-se muito cedo na vida do sujeito. É interessante lembrar que não nos parece serem suficientes as evidências dos estudos para se entender o drama de um adolescente obeso com TCAP. Em cada pessoa as associações levantadas neste estudo acontecem de forma única e certamente de maneira mais complexa do que o aqui esboçado. Mesmo diante das evidências de um diagnóstico em semelhança a uma população inteira, acreditamos ser necessário que cada paciente seja sempre visto de maneira nova, única e interligada à sua história de vida.

ANÁLISE ESTATÍSTICA



Para a comparação das variáveis foram utilizados métodos estatísticos não paramétricos, tendo em vista a grande variabilidade dos dados obtidos. Foi utilizado o teste não paramétrico de Man Whitney para se comparar uma variável categórica com uma variável contínua como IMC e idade com grupo com TCAP e sem TCAP; sexo com ansiedade (contínua) por grupo. O teste não paramétrico de Kruskal Wallis foi usado para comparar variável contínua com variável categórica quando envolveu mais de duas categorias, como Ansiedade (contínua) com ECAP.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para comparar duas variáveis contínuas como IMC e idade com ansiedade (contínua), por grupo. O teste exato de Fisher foi utilizado na comparação de 02 (duas) variáveis categóricas quando o valor esperado foi menor que 5(cinco), como na comparação entre ansiedade (categórica) por grupo e idade por grupo. Na comparação entre sexo por grupo, foi usado o teste Qui-Quadrado, pois o valor esperado foi maior que 5 (cinco).

Para se verificar a concordância do instrumento ECAP com o diagnóstico de TCAP, considerado padrão-ouro, foi utilizado o coeficiente Kappa e calculado os valores de especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5% (p-valor < 0,05).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. Cap.1. Adolescência. In: ABERASTURY, A e col. **Adolescência**. Trad. Ruth Cabral, 6ª edição. PA. Artes Médicas, 1990, p.15-32.

ABERASTURY, A. Cap.10. O mundo do adolescente. In: ABERASTURY, A e col. **Adolescência**. Trad. Ruth Cabral, 6a. edição. PA. Artes Médicas, 1990, p.227-246.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition**, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

AJURIAGUERRA, J. – **Manual de Psicopatologia Infantil**. P.A. Artes Médicas, 1986.

ANARUMA, S.M. - **Encontro com o corpo: um programa de intervenção psicológica para o atendimento de pessoas com excesso de peso**. Campinas.1995 (Tese de Doutorado - FCM - UNICAMP).

ANDRADE, L.; GORENSTEIN, C. – Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L; ZUARDI, A. W. (Ed) **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria**. Lemos editorial, SP, 2000: 142-7.

APPOLINÁRIO JC, COUTINHO W, PÓVOA LC - O transtorno do comer compulsivo Revisão da literatura. **J. Bras Psiq** 1995, 44 (supl.1): 38-45.

APPOLINÁRIO, JC. - Transtorno do Comer Compulsivo. In: NUNES, M.A.A;

APPOLINÁRIO, J.C; ABUCHAIM, A.L.G; COUTINHO, W. e col. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. PA, Artmed, 2002: 40-46.

BATTISTONI, M.M.M. -.**Obesidade Feminina na Adolescência – revisão teórica e casos ilustrativos - Visão Psicossomática** - Campinas, 1996 (Tese de Doutorado - FCM - UNICAMP).

BETARELLO, S.V. – Aspectos Psicológicos da Obesidade, In Geraldo Medeiros – Neto (Editor), **Obesidade- Nova Fronteira Metabólica**. SP. Aché, 1988.

BIAGGIO, AMB; NATALICIO, L; SPIELBERGER,CD.- Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arq. Bras. de Psicologia Aplicada**, RJ. 29(3): 31-44, jul/set,1977.

BROWNELL, K.D. - History of Obesity. In: BROWNELL, K.D. e FAIRBURN,C.G. **Eating Disorders and Obesity**. NY, p.381-385, 1995.

CAMPOS, A. L. R. – Aspectos Psicológicos da Obesidade, In Fisberg, M. **Obesidade na Infância e Adolescência**. SP, Fundo Editorial BYK, 1995.p.71-79.

COLE,T.J.; BELLIZZI, M.C.; FLEGAL,K.M.; DIETZ,W.H. - Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **British Medical Journal** 320: 1-6, 2000.

COOPER, P. J. e GOODYER, I. Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. **British Journal of Psychiatry**, 1997; 171: 542-44.

CORDÁS, T. A. - Transtornos Alimentares em Discussão. **Rev Bras Psiquiatr**. 23(4): 178-9; 2001.

COUTINHO,W. & PÓVOA, L. C. Comer Compulsivo e Obesidade. In NUNES, M. A.A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. e colab.**Transtornos Alimentares e Obesidade**.PA. Art.Med, 2002:203-06.

COUTINHO, W. Obesidade: Conceitos e Classificação. In NUNES, M.A.A. APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. e colab. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. PA. Art. Med. 2002: 197-202.

DALGALARRONDO, P – **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, P.A. Artes Médicas, 2000.

DEITOS,T.F.H. Depressão, obesidade e Fluoxetina. **Jr. Bras. Psiquiatria**, 44 (10): 529-532. 1995.

DIETZ,W.H. - Childhood Obesity: Prevalence and effects. In BROWNEL, K.D. e FAIRBURN,C. G. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press. NY. 1995: 438-440

DIETZ, W.H. Prevalence of Obesity in Children. In.BRAY,G.A.; BOUCHARD,C.; JOMES,W.P.T. (edit) **Handbook of Obesity** Marcel Dekker Inc. NY, 1997. cap.5:93-102.

EPSTEIN, L. H. Management of obesity in children. . In BROWNEL, K.D. e FAIRBURN,C. G. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press. NY. 1995: 516-519

ESCRIVÃO, M.A M.S; OLIVEIRA, F.L.C.; TADDEI,J.A C.; LOPEZ,F.A – Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**. vol.75: Sup 3: 305-310, 2000.

FISBERG, M. – **Obesidade na Infância e Adolescência**, SP. Fundo Editorial BYK. 1995.

FONSECA, J.G.M., ; SOUSA E SILVA,M.K.; FÉLIX, D.S.; - Obesidade - Uma Visão Geral. In Fonseca, J.G.M. (editor convidado). **Clínica Médica** - Obesidade e outros distúrbios Alimentares. Vl. 1. No.2. Belo Horizonte. junho,2001, p.257-278.

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO W,; APPOLINARIO, J.C.Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev Bras Psiquiatr** 23(4): 215-20; 2001.

FREUD, S. Lecciones Introductorias as Psicoanalysis. XXV. La Angustia. (1917). **Obras Completas**, 3^a. ed. Biblioteca Nueva, Madrid (España)1973. vol. 3: 2367-91.

GORMALLY,J; BLACK,S; DASTON,S; RARDIN,D.- The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addictive Behaviors**. vol 7,pp.47-55,1982

GOWERS SG, SHORE A - Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. **British Journal of Psychiatry**, 179, 236-242; 2001.

HALPERN, A.; BERNIK, M.; NEVES, M.S. et. al. Obesidade - aspectos práticos. In FONTES, J.R.A. et. al. **Psiquiatria e Medicina Interna**, SP. Asturias, 1988.

HALPERN, A. Obesidade: considerações terapêuticas. In: MEDEIROS, G.NETO (editor) **Obesidade - Nova Fronteira Metabólica**, ABESO, SP.1988, 160-165

ISNARD-M, P; VILA,G; NOLLET-CLEMENCON,C; VERA,L; RAULT,G;

MOUREN-S, M.C. Etude contrôlée des conduites alimentaires et des manifestations émotionnelles dans une population d'adolescentes obèses. **Archives Françaises de Pédiatrie**, 50: 479-84, 1993.

ISNARD,P; MICHEL,G; FRELUT,ML; VILA,G; FALISSARD,B; NAJA,W;

NAVARRO,J; MOUREN-SIMENON,MC. Binge Eating and Psychopathology in Severely Obese Adolescents in **Int J Eat Disorder**, 34(2), 235-243; 2003

JERSILD, A T. **Psicologia da Adolescência**. Trad. José S. de Camargo Pereira. Companhia Editora Nacional, SP 1973, 596p.

JORN,AF; KORTEN,AE; CHRISTENSEN,H; JACOMB,PA; RODGERS,B; PARSLOW,RA. - Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. **Australia NZJ Public Health**, 27:434-40, 2003.

KLEIN, M. **A Psicanálise de Crianças**. Trad. de Liana Pinto Chaves. Imago Editora Ltda., RJ, 1997. 350p.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A e KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Trad. Suzana M. Garagoray Ballve. PA Artes Médicas, 1992. 10ª edição, p 24-62.

MARCELLI, D & BRACONNIER, A - **Manual de Psicopatologia do Adolescente** - P.A. Artes Médicas, 1989. 89p.

MARTINS, AM ; MICHELETTI C. - Aspectos Genéticos da Obesidade.In: FISBERG, M.e col.**Obesidade na Infância e adolescência**. SP Fundo Editorial BYK, 1995:19-27

MATTOS, MIR; ARANHA,LS; FARIA,AN; FERREIRA,SRG; BACALTCHUCK,J; ZANELLA,MT. - Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Rev Bras Psiquiatria**. 2002;24(4): 165-9.

McELROY S.L.; FRYE, M.A.; SUPPES, T.; DHAVALE, D.; KECK, P.E.Jr.; LEVERICH, G.S. et.al. - Correlates of Overweight and Obesity in 644 Patients with Bipolar Disorder. **J. Clin. Psychiatry** 63:3, 207-13; 2002

MILLER DE PAIVA, L. **Psychosomatic Psychiatry** Garatuja Press, Brazil 1989

MONDADORI, A., Editore - Ceam - Milão- **Enciclopédia dos Museus**. Cia Melhoramentos, SP. 1968

NAPOLITANO, M. A.; HEAD, S.; BABYAK, M. A.; BLUMENTHAL, J. A. Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: Psychological and Behavioral Characteristics. **Int J Eat Disord**, 30 (2): 193-203, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - **Classificação Internacional das**

Doenças (CID-10) - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10. Ed. Artes Médicas, PA 1993

OPAS – Organização Panamericana da Saúde. Brasília 1999. Disponível em: www.opas.org.br/

PAPELBAUM M, APPOLINÁRIO JC - Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? - **Rev Bras Psiquiatr** 2001 23(1): 38-40.

PARIZZI, M. R.; TASSARA, V. Obesidade na Infância. In: FONSECA,J. G.M. (editor convidado). **Clínica Médica** - Obesidade de outros distúrbios alimentares. B.H., Vol.1, No.2. p.279-289, 2001.

PASTORE, D.R.; FISHER, M; FRIEDMAN, S.B. Abnormalities in Weight Status, Eating Attitudes, and Eating Behaviors Among Urban High School Studentes. **Journal of Adolescent Health**, 18: 312-319, 1996.

PINAQUY S, CHABROL H, SIMON C, LOUVET JP, BARBE P. - Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. **Obesity Research**, vol.11: 195-201, 2003.

RENMAN,C; ENGSTROM,I; SILFVERDAL,S-A; AMAN,J - Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. **Acta Paediatrica**. 88: 998-003, 1999.

RICCA,V; MANNUCCI,E; MORETTI,S; DI BERNARDO,M;ZUCCHI,T;CABRAS, PL; ROTELLA,CM. - Screening for Binge Eating Disorder in Obese Outpatients. **Comprehensive Psychiatry**. (march/april) Vol 41(2) : 111-115, 2000.

SIGULEM, D.M.; VEIGA, G.V.; PRIORE, S.E. Obesidade em adolescentes de Baixa Renda. In Fisberg, M. et al. **Obesidade na infância e adolescência**. Fundo Editorial. BYK S.P., 1995: 81-83.

SPIELBERGER,CD e SMITH,LH. Anxiety (drive), stress, and serial-position effects in serial verbal learning. **Journal of Experimental Psychology**.vol72; p.589-95, 1966.

SPIELBERGER, CD; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE**. Trad. e Adap. de Angela Biaggio e Luiz Natalício. 2^a. ed. CEPA. RJ, 2003. 90p.

STICE-ERIC, PRESNELL-K, SPANGLER,D. Risk factyors for binge onset in adolescent girls: A 2 – year prospective investigation. (Abstr). **Health-Psychology**. Mar.2002:vol 21(2): 131-138

STRIEGEL-MOORE, RH; FRANKO, IDL; THOMPSON, D; BARTON,B; SCHREIBER, GB; DANIELS, SR. Changes in weight and body image over time in women with eating disorders.(Abstr). **Int. J. Eat. Ddisord**. 2004 nov,36(3): 315-27.

STUNKARD, A.J. e SOBAL, J. - Psychosocial Consequences of obesity in

BROWNELL, K.D. e FAIRBAURN, C.G.(editors) **Eating Disorders and Obesity - a Comprehensive Handbook**, The Guilford Press, NY, 417-421, 1995.

TADDEI, J.A.A.C. - Epidemiologia da Obesidade na Infância. In **Obesidade na Infância e Adolescência**. Mauro Fisberg e colaboradores. SP Fundo Editorial BYK. 1995, p.14-18.

VENEZIANI, J. O adolescente e o culto ao corpo. In: **XVIII Congresso da Associação de Neurologia e Psiquiatria Infantil (ABENEP)**. Anais: O Futuro de uma Geração- Multidisciplinaridade e avanços no atendimento da criança, do adolescente e da família. Curitiba, 2005.

VIUNISKI, N. - **Obesidade Infantil** - Um guia prático para profissionais da saúde. R.J. EPUB , 1999, 132p.

WADDEN, T.A. Obesidade. In: KAPLAN, H.; SADDOCK, B. **Tratado de Psiquiatria**. P. Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p.1602-1605.

WERUTSKY, C.A; BARROS, T.M. - Grupo com Obesos. In **Grupo e Corpo**. Psicoterapia de Grupo com pacientes somáticos. Mello Filho, J. e colaboradores PA, Artmed, 2000.

WINNICOTT, D.W. - **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. RJ., F.Alves. 1993.

YANOVSKI, SZ; NELSON, JS; DUBBERT, BK; SPITZER, RL- Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects - **Am J Psychiatry** 1993; 150-10

YANOVSKI, S.Z. Obesity and Eating Disorders. In BRAY, G.A.; BOUCHARD, W.P.T.J. (edit) **Handbook of obesity**. Marcel Dekker Inc, NY. 1997 p.115-127.

ZIPPER, E; VILA, G; DABBAS, M; BERTRAND, C; MOUREN-SIMÉONI, MC;

ROBERT, JJ; RICOUR C. - Obésité de l'enfant et de l'adolescent, troubles mentaux et psychopathologie familiale. **La Presse Médicale** 2001;30:1489-1495.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ABUCHAIM, A.L.G.; SOMENZI, L.; DUCHESNE, M. Aspectos Psicológicos. In NUNES, M..A.A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO,W. e col. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Artmed Editora, PA, 2002. 62-76.

ABUCHAIM, A.L.G.; PINHEIRO, A.P.; NUNES, M.A.A. Abordagem Psicodinâmica. In NUNES, M..A.A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO,W. e col. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Artmed Editora, PA, 2002, 148-206.

APPOLINÁRIO, J.C. & CLAUDINO, M.A. Transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr** 2000;22 (Supl II):28-31.

ASKÉNAZY, F.L.; SORCI, K.; BENOIT, M.; LESTIDEAU, K.; MYQUEL,M.; LECRUBIER, Y. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. **Journal of Affective Disorders**, 74: 219-227, 2003.

ASSUMPÇÃO Jr., F.B. **Semiologia em Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Casa do Psicólogo, S.P. 2003.

BARBOSA, G.A.; GAIÃO E BARBOSA, A.A.; GOUVEIA, V.V. Transtorno de ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. **Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.** 10(1): 34-47,2002.

BOTEGA, N.J. – **No Hospital Geral: Lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra**. Campinas, 1989, (Tese de Doutorado – UNICAMP).

BROWNELL, K.D. Definition and Classification of Obesity. In BROWNELL, K.D. and FAIRBURN, C.G. (edit) **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press, NY, 1995: 386-390.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev Bras Psiquiatr.** 24 (Supl III): 7-12, 2002.

COOPER, P.J. Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In BROWNELL, K.D.; FAIRBURN, C.G. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press, NY, 1995:159-164.

COSTELLO,C.G. – **Anxiety and Depression the adaptive emotions**. McGill. Queen's University Press, Montreal & London 1976

DEVLIN, M.J.; GOLDFEIN, J.A.; DOBROW, I. What is this Thing Called BED? Current Satatus of Binge Eating Disorder Nosology. **J Eat Disord**. 34 Supl. 1: 2-18, 2003.

DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev Bras Psiquiatr**. 24 (Supl III): 63-7, 2002

FAIRBURN, C.G.; WALSH, B.T. Atypical Eating Disorders. In BROWNELL, K.D.; FAIRBURN, C.G. **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press, NY, 1995: 135-140.

FERREIRA, A.B.H. - **Novo Dicionário da Língua Portuguesa** - RJ. Edit. Nova Fronteira, 1975

FEYER, A. J.; MANNUZZA, S.; COPLAN, J.D. Transtornos de Ansiedade. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria**. 6ª. edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.1300-1313.

GARNER, D.M. Measurement of Eating Disorder Psychopathology. In BROWNELL, K.D. and FAIRBURN, C.G. (edit) **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press. NY, 1995: 117-121

GARRIDO JR., A.B. – Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, in Geraldo Medeiros-Neto (Editor). **Obesidade- Nova Fronteira Metabólica**. SP. Aché, 1988.

GOLDBERG, D.; BRIDGES,P.D-J; GRAYSON,D.Detecting anxiety and depression in general medical settings. **Br. Med. Journal**. 297: 897-899, 1988

GORGATI, S.B.; HOLCBERG, A.S. OLIVEIRA, M.D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr.** 24 (Supl III): 44-48, 2002.

HILBERT, A.; TUSCHEN-CAFFIER, B. VOGELE, C. Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. **Journal of Psychosomatic Research.** 52: 137-144, 2002.

JACOBI, C.; PAUL, T.; ZWAAN, M.; NUTZINGER, D.; DAHYME, B. Specificity of Self-Concept Disturbances in Eating Disorders. **In J Eating Disord**, 35(2): 204-210, 2004.

KASHANI, J.H.; ORVASCHEL, H. A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. **Am J Psychiatry.** 147(3): 313-318, March, 1990.

KAPLAN, K.M.; WADDEN, T.A. Childhood obesity and self-esteem. **The Journal of Pediatrics.** 109: 367-370, 1986.

KLEIN, M - **Inveja e Gratidão**, R.J. Imago Edit. 1974

KLEIN, M. - **Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos**. RJ. Imago Edit.1996

LARON, Z.; BEN-DAN, I.; SHREM, M.; DICKERMAN, Z.; LILOS, P. Puberty in simple obese boys and girls. In CACCIARI, E.; LARON, Z.; RAITI, S. **Obesity in Childhood**. London. Acadmic Press, 1978.

LAWRENCE, M. Body, Mother, Mind. Anorexia, femininity and the intrusive object. **Int. J. Psychoanal.** 83: 837-850, 2002.

MARCHI, M.; COHEN, P. Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, 29:1, Jan. 1990.

MARCUS, M.D. Binge Eating and Obesity. In: In BROWNELL, K.D. and FAIRBURN, C.G. (edit) **Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook**. The Guilford Press. NY, 1995: 441-444.

MARCUS, M.D. Obese Patients with Binge-Eating Disorder. In: GOLDSTEIN, D.J. (Edt.). **The Management of Eating Disorders and Obesity**. N.Jersey, 1999:125-138.

McELROY, S.L.; PHILLIPS, K.A.; KECK Jr., P.E. Obsessive Compulsive Spectrum Disorder. **J Clin Psychiatry**. 55:10 (suppl): 33-51, 1994.

McELROY, S.L.; CASUTO, L.S.; NELSON, E.B.; LAKE, A.L.; SOUTULLO,

C.S.; HUDSON, J.I. et al. - Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Binge Eating Disorder - **Am J Psychiatry** 157:6, 2000

MORGAN, C.M.; BORGES, M.B.F.; JORGE, M.R. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado: um instrumento para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista ABP – APAL** 20 (4): 130-139, 1998.

MULLER, R.C.L. **A história familiar e a obesidade na adolescência: Um Estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos**. Campinas, 1999 (Tese de Doutorado em Pediatria)

MOSE, N.; BANILIVY, M-M.; LIFSHITZ, F. Fear of Obesity Among Adolescent Girls. **Pediatrics** Vol.83 no.3, march 1989: 393-398.

NUNES, M.A.A.; ABUCHAIM, A.L.G. Anorexia nervosa. Parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. **J Bras Psiq.** 44 (supl. 1) S5-S9, 1995

PERESTRELLO, D. – Aspectos psicossomáticos da obesidade. **Arq. Bras. Medicina**, 51: 219-24, 1961.

SAITO, M. I. Obesidade na adolescência. **Pediatria Moderna**. Vol XXII, no.8: 263-268, 1987.

STUNKARD, A.; MENDELSON, M. Obesity and the Body Image: I. Characteristics of Disturbances in the Body Image of Some Obese Persons. **Am J Psychiat.** 123:10, Apr.: 1296-1300, 1967.

STUNKARD, A; BURT, V. Obesity and the Body Image: II. Age at Onset of Disturbances in Body Image. **Am J Psychiat.** 123: 11, may: 1443-1447, 1967

TRUBY, H.; PAXTONO, S.J. Development of the Children's Body Image Scale. **British Journal of Psychology**, 41: 185-203, 2002.

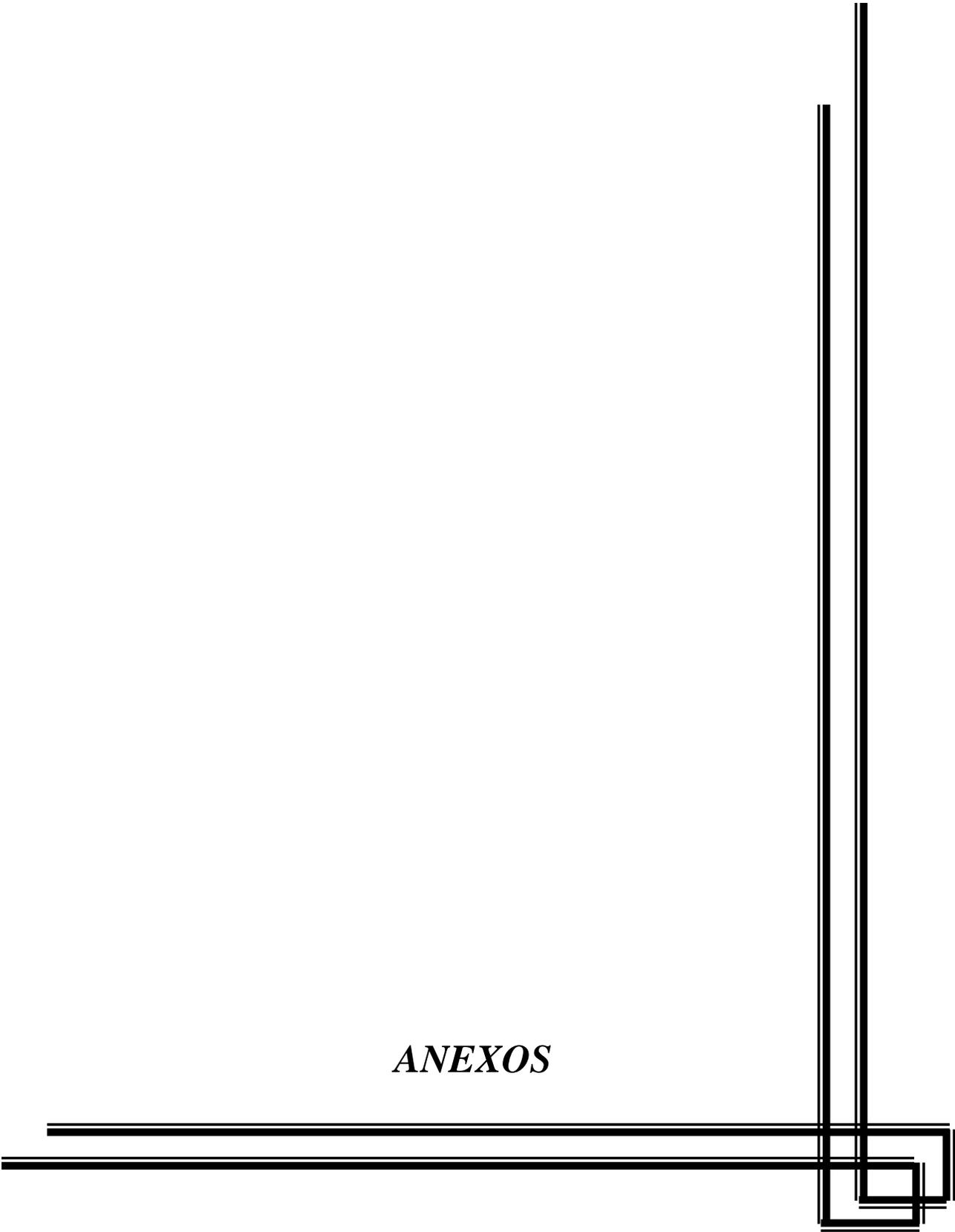
TRINCA, W. – **Formas de Pensamentos Clínicos em Diagnóstico da Personalidade**. SP. Tese para Concurso de Livre Docência – Instituto de Psicologia- USP. 1988.

VALLER, E. H. R. – **Mães de crianças com transtornos mentais: um estudo psicológico**. Campinas, Unicamp. Tese de Doutorado, 1997

YANOVSKI, S.Z. Obesity and Eating Disorders. In BRAY, G.A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W.P.T. (edit.) **Handbook of obesity**. New York, Marcel Dekker, Inc. 1998, 115-128.

WILLIAMS, G. Reflections on some dynamics of eating disorders: "no entry" defences and foreign bodies. **Int. J. Psychoanal.** 78: 927-941, 1997.

ANEXOS



ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE
COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

(De acordo com o DSM –IV)

- 1) Você considera que come muito ? Quanto?
- 2) Como você se alimenta de manhã ? À tarde ? E a noite ?
- 3) Estas vezes que você acha que come demais , durante quanto tempo você fica comendo?
- 4) Você tem hábito de comer no período em que está em casa ? Busca sempre a geladeira ? Como isto acontece ?
- 5) As vezes em que você sente que come demais , você acha que perde o controle , i. é. , você sente que precisaria parar de comer e não consegue ?
- 6) Você acha que come muito rápido ?

Mais que seus pais ou irmãos ?

Mais que os colegas ?

- 7) Você come até sentir – se “cheio”, empanturrado ?
- 8) Você come bastante mesmo sem estar com fome ? Come mesmo após ter almoçado há pouco tempo, por ex. ?
- 9) Às vezes você come sozinho, escondido para não verem que você está comendo muito ?

- 10) Quando você come demais , chega a sentir raiva de si mesmo ? Sente culpa ? Fica triste ?
- 11) Chega a se sentir angustiado quando come demais ?
- 12) Estas vezes que você come demais, acontece pelo menos 2 dias por semana? Tem acontecido assim nos últimos seis meses ?
- 13) Quando você come demais , você costuma:
- a) vomitar depois para se livrar do que comeu ?
 - b) usar diuréticos ou laxativos ?
 - c) fazer muito exercício físico com o intuito de perder as calorias que ingeriu ?
 - d) fazer jejuns para compensar o que comeu ?

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Autores: Gormally, J. Black, S; Daston, S.; Rardin, D. (1982)

Nome.....Data:...../...../20.....

Lista de verificação de hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

#1

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

#10

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

11

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

12

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

13

- () 1. Eu faço tres refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- () 2. Eu faço tres refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14

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

15

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

16

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

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO - IDATE

Nome _____ Data ____/____/____

Instruções: A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma delas e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não há respostas certas ou erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

Absolutamente não.....1	Um pouco.....2	Bastante.....3	Muitíssimo.....4
-------------------------	----------------	----------------	------------------

01. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
03. Estou tenso.....	1	2	3	4
04. Estou arrependido.....	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso.....	1	2	3	4
10. Sinto-me em "casa".....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou agitado.....	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos.....	1	2	3	4
15. Estou descontraído.....	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado e confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.....	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO - IDATE

Nome _____ Data ____/____/____

Instruções: A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma delas e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você geralmente se sente. Não há respostas certas ou erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproximar de como você geralmente se sente.

Quase nunca.....1	Às vezes.....2	Frequentemente.....3	Quase sempre.....4
-------------------	----------------	----------------------	--------------------

01. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar.....	1	2	3	4
04. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
07. Sou calmo.....	1	2	3	4

08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver.....	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância.....	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas no momento.....	1	2	3	4

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL

1. Nome do sujeito.....

Documento de identidade.....Sexo.....

Data de nascimento...../...../.....

Endereço...../No.....

Bairro.....Cidade.....

CEP.....Telefone.....

2. Responsável Legal.....

Grau de parentesco.....

Documento de identidade.....Sexo.....

Data de nascimento...../...../.....

Endereço.....No.....

Bairro.....Cidade.....

CEP.....Telefone.....

II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do Protocolo de Pesquisa - "Estudo de compulsão alimentar periódica em adolescentes obesos e sua relação com a ansiedade"

Pesquisador - Ione Margarida de Souza Coletty

Formação - Psicóloga CRP - 06/6123

Instituição do Pesquisador - FCM/UNICAMP

Local da Pesquisa:- Sede do Programa "VIVA BEM" de Medicina Preventiva na UNIMED Regional da Baixa Mogiana em Moji Mirim/SP

2. Avaliação do Risco da Pesquisa - Sem risco

3. Duração da Pesquisa - Estimativa de 24 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos.

A pesquisa tem por objetivo avaliar a existência de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em adolescentes obesos e sua relação com a Ansiedade.

Está previsto o estudo de 60 sujeitos com idade entre onze e dezoito anos.

Os sujeitos serão selecionados após a autorização dos pais ou responsáveis e preenchimento do Termo de Consentimento.

Serão submetidos à entrevista diagnóstica segundo critérios do Manual para Diagnóstico DSM IV, para avaliação do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

Em seguida, será realizada com os sujeitos da pesquisa, a avaliação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica para se comprovar a existência deste comportamento alimentar, confirmando os dados da entrevista diagnóstica.

Finalmente, os sujeitos responderão ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado para avaliação do nível de ansiedade nestes dois aspectos.

Esta pesquisa pode favorecer aos sujeitos uma melhor compreensão de seu comportamento alimentar compulsivo e possível relação deste comportamento com a obesidade e a ansiedade como estado ou traço de personalidade.

A pesquisa não oferece riscos ou danos à saúde do sujeito, tendo o mesmo garantias de acesso às informações e procedimentos relacionados à pesquisa, liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento, assim como deixar de participar do estudo sem prejuízo a sua assistência.

Todos os procedimentos serão confidenciais, garantindo-lhe o sigilo e privacidade, e disponibilidade de assistência por eventuais danos a saúde decorrentes da pesquisa.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Disponibilidade de assistência no próprio local da pesquisa, UNIMED-Moji Mirim/SP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

V- INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS, E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Endereço da Pesquisadora:- R. Laurindo Pereira Campos, no. 49 - Jd. Itapema

Moji Mirim/SP - (residência)

Fone (19) 38063199

Av. Sara Leme da Costa, no. 108 - Vila Áurea

Moji Miriam/ SP - (consultório)

Fone (19) 39623609

Local da Pesquisa:- UNIMED Regional da Baixa Mogiana

Sede do Programa VIVA BEM de Medicina Preventiva

Av. Moji Mirim - No. 2775 - Jd. Guaçu Mirim

Moji Mirim/SP - Fone (19) 38181444

VI- CONSENTIMENTO PÓS - ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

Moji Mirim,

de

de 2004

assinatura do sujeito da pesquisa ou
responsável legal

assinatura do pesquisador