

## ASPECTOS NUTRICIONAIS E EMOCIONAIS EM TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

**Solange Cord<sup>1</sup>, Alessandro José da Silva<sup>1</sup>, Rosana Aparecida dos Santos<sup>1</sup>, Liliane de Souza Pereira Moreira<sup>1</sup>, Margareth Lopes Galvão Saron<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup> Universidade do Vale do Paraíba – Faculdade de Ciências da Saúde  
Av. Shishima Hifumi, 2911 – 12244-000 – Urbanova – São José dos Campos – SP – Brasil

<sup>1</sup> Graduandos do curso de nutrição, Univap/FCS, [liliane\\_spm@yahoo.com.br](mailto:liliane_spm@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Prof.ª Dra. do curso de nutrição, Univap/FCS, [mlgsaron@yahoo.com.br](mailto:mlgsaron@yahoo.com.br)

**Resumo** – O transtorno da compulsão alimentar periódica é um ciclo vicioso, pois ocorre em sua maioria em indivíduos obesos sendo caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem qualquer comportamento de compensação para evitar um possível ganho de peso, criando assim uma condição que foge de seu auto-controle. Por meio de revisão de literatura, o presente artigo consiste em enfatizar como os conflitos emocionais estão diretamente relacionados à dificuldade do indivíduo de controlar seus impulsos alimentares. O tratamento para este transtorno então não visa somente à redução de medidas antropométricas, mas uma conscientização do indivíduo de que é possível mudar.

**Palavras-chave:** Nutrição; Transtornos da Compulsão Alimentar Periódica; Conflitos psicológicos; Obesidade; Comportamento alimentar.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde

### Introdução

O comportamento caracterizado pelo excesso de ingestão de alimentos, em períodos curtos de no máximo duas horas, acompanhado de descontrole sobre o que está comendo, é chamado de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) que foi caracterizado por Stunkard em 1959. Mas, somente na década de 1990 foram definidos os critérios diagnósticos apresentados no DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

Quase 2% da população mundial apresentam TCAP e a maioria desta é obesa. Alguns fatores diferem as pessoas obesas que possuem o TCAP das pessoas não obesas, dentre os quais: obesidade precoce, ineficiência aos tratamentos dietéticos e gravidade da psicopatologia (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Atualmente, devido ao aumento dos índices da obesidade, as pesquisas a este respeito estão intensificando as buscas por causas, conseqüências e tratamentos. Pessoas que apresentam TCAP podem se enquadrar numa subcategoria da obesidade com gênese em psicopatologias como depressão, stress, ansiedade e baixa auto-estima.

O controle do transtorno da compulsão alimentar periódica é complexo devido à dificuldade do indivíduo de submeter suas vontades às suas reais necessidades. O presente trabalho tem como objetivo verificar os aspectos emocionais e nutricionais que envolvem os

portadores deste transtorno por meio de uma revisão de literatura.

### Revisão de Literatura

Transtornos alimentares são distúrbios psiquiátricos relacionados a hábitos alimentares. Afetam, em sua maioria, adolescentes e adultos, com maior prevalência no sexo feminino, podendo levar a graves prejuízos biológicos e psicológicos, aumento de morbidade e mortalidade (RIOS et al., 2004).

Um dos transtornos é a compulsão alimentar periódica (TCAP) que se caracteriza com a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos num curto intervalo de tempo, conseqüência da sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar (FAIRBURN; WILSON, 1993 apud PAPELBAUM; APPOLINÁRIO, 2001).

Para ser chamado de TCAP estes devem acontecer pelo menos dois dias por semana durante seis meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

A população acometida por este transtorno é, em sua maioria obesa, sendo a obesidade uma questão de saúde pública moderna (PETRIBU et al., 2006), onde a industrialização é um agravante que trouxe mudanças de hábitos alimentares, como o consumo de enlatados, congelados, pré-cozidos, prontos e *fast-food*. Com o ingresso da mulher no mercado de trabalho o tempo para o preparo de refeições caseiras diminuiu e foi cedendo espaço para refeições rápidas e fora de

casa (ORTIGOZA, 1997). Portanto, houve uma transição nutricional, sendo que anteriormente muitas doenças eram carenciais tais como beribéri, pelagra, escorbuto e atualmente os grandes danos à saúde são conseqüências da alimentação excessiva e inadequada somada ao sedentarismo (MARTINS, 1993).

A obesidade por si só já representa riscos para a saúde do indivíduo e está associada à hipertensão, diabetes, dislipidemia e doenças cardiovasculares. Quando acompanhada de compulsão alimentar os riscos da obesidade são ampliados, pois a tendência é agravar a doença. Há evidências que pacientes com TCAP ingerem significativamente mais alimentos que os obesos sem compulsão alimentar (BERNARDI et al., 2005).

A gênese da obesidade pode ser relacionada a fatores ambientais como alimentação inadequada, falta de atividade física e condições psicológicas ou por fatores genéticos como hereditariedade e predisposição do indivíduo para apresentar excesso de tecido adiposo (POPKIN, 1998 apud BERNARDI et al., 2005). Este excesso de peso, seja por um fator ou a mesmo pela soma deles, elevam os riscos de co-morbidades que prejudicam sua saúde e seu relacionamento com a sociedade.

Então, é necessário considerar que a característica comum da obesidade é o excesso de peso, mas existem diferenças comportamentais que a desencadeia, por isto a população obesa não pode ser considerada homogênea. Obesos comedores compulsivos podem ser considerados um subgrupo que sofre influencia de níveis mais elevados de psicopatologia, especialmente a depressão e transtorno de personalidade. (AZEVEDO et al., 2004).

Sendo assim, a ingestão alimentar do indivíduo pode estar associado ao seu estado emocional. No indivíduo com TCAP isto é evidente, pois em situação de stress emocional o consumo alimentar é maior. A vida moderna, ou mesmo o stress de ficar muito tempo sem comer pode ser agravante para desencadear episódios de compulsão alimentar. Este stress, devido à liberação de cortisol pelas adrenais induz uma série de respostas fisiológicas.

A teoria do Modelo Psicossomático da Obesidade (FAITH et al., 1997) aponta justamente para a compulsão alimentar como forma de compensação para a ansiedade, depressão e raiva. Levando em consideração ainda a lipofobia, a obsessão por ser magro com conseqüente rejeição da obesidade, o indivíduo que come compulsivamente vive e sofre com este duelo interno (SANT'ANNA, 1995).

Os padrões da sociedade moderna podem desencadear preocupações com as medidas corporais (SAIKALI et al., 2004), pois apresenta a

juventude, a beleza e a boa forma como mediadoras do sucesso e aceitação tão desejados. Isto pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito ao seu comportamento alimentar, auto-estima e desempenhos psicossocial, físico e cognitivo (SMOLAK; LEVINE, 2001).

Devido à obesidade a pessoa pode ser alvo de preconceito, ou muitas vezes entrar num processo de baixa auto-estima, isolamento social e insegurança, pois o pavor do obeso de ser excluído é tanto, que ele se auto exclui antes que o mundo o faça (POLITO, 2001). Nutricionalmente falando, a conduta alimentar do obeso TCAP é prejudicial, mas pra ele é o seu apoio, pois o protege de grandes sofrimentos emocionais. Sua camada de gordura não o proteja apenas do frio, mas também dos medos (BELMONTE, 1990 apud ARAUJO, 2004).

E como num ciclo vicioso, na insatisfação com a vida, fica deprimido, e tenta encontrar na comida solução para o vazio da sua existência e logo após ter a compulsão alimentar se sente culpado por ter ingerido a grande quantidade de alimentos (CAMPOS, 1998). Diferente da bulimia não utiliza métodos de compensação para evitar o ganho de peso, assimilando assim toda caloria ingerida (AZEVEDO et al., 2004).

Normalmente, os ataques compulsivos são por alimentos que produzem sensações, como por exemplo, o sabor doce que provoca liberação de endorfinas, o que para o comedor compulsivo, representa um alívio para suas tensões (HESS, 1997). Os chocolates em particular, contêm a feniletilamina, que provoca uma sensação de euforia semelhante à causada pelas anfetaminas. Atua através da liberação de noradrenalina das terminações nervosas adrenérgicas proporcionando prazer (COZZA et al., 2000).

Já as refeições ricas em lipídios reduzem níveis de leptina no plasma por 24 horas, o que pode desencadear a liberação dos neuropeptídeos que tem papel de aumentar a ingestão alimentar (BLUNDELL, 2001). Estas são preferências dos indivíduos que têm episódios de compulsão alimentar e traz como conseqüência o aumento da fome.

Muitas vezes os pacientes com TCAP buscam profissionais da área de alimentação para fazer tratamento para perda de peso. Os compulsivos por comida não fornecem todas as informações sobre seus hábitos, seja por omissão, ou pela falta de percepção da quantidade de alimento consumido. Por isso, é difícil medir o valor energético assimilado, dificultando assim a precisão dos recordatórios e freqüências alimentares. Observando vários estudos de French et al. (1999) notou-se que pessoas que fazem dietas, não necessariamente obesas, geralmente subestimam o consumo energético e

superestimam a intensidade da prática de atividade física, fato observado claramente no comportamento feminino, já que a sociedade impõe que ela tenha uma alimentação adequada e esteja em boa forma.

No Brasil, entre os pacientes que procuram tratamento para emagrecer, 15 a 22% apresentam TCAP (APPOLINARIO, 1998; COUTINHO, 2000 e BORGES, 1998).

De acordo com a pesquisa de Petribu et al. (2006) que avaliou a frequência de transtorno da compulsão alimentar periódica associada obesidade mórbida em indivíduos à espera de cirurgia bariátrica, 56,7% dos pacientes apresentaram o quadro, sendo 25,4% TCAP moderado e 31,3% grave. Estes compulsivos apelam para a cirurgia bariátrica com a intenção de que o próprio corpo limite a quantidade de comida já que a mente não consegue.

Quando se torna hábito comer compulsivamente, o doente perde cada vez mais o autocontrole sobre seus impulsos. De acordo com Goodrick (1991), estados emocionais negativos como o stress, restrição alimentar e a rejeição podem induzir a perda de autocontrole.

Grilo (2002) afirma que os episódios compulsivos variam quanto à hora em que costumam ocorrer com perda de controle e a hora sem esta perda e/ou perda de controle sem o consumo de uma grande quantidade de alimentos.

Por ser difícil manter o autocontrole, o tratamento para obesidade, em sua maioria, se torna recidivo, pois adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforços do que continuar com os antigos hábitos arraigados e associados a outros fatores de ordem social e cultural (VIANA, 2002).

### Considerações Finais

De acordo com De Zwaan (1997) quando se analisa os componentes psicológicos do transtorno é notável que os pacientes com TCAP preocupam-se mais com o peso e a forma física e possuem auto-estima mais baixa do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno.

Orientações dietéticas adequadas, psicoterapia cognitivo – comportamental e medicações são métodos eficientes, que estão envolvidos no tratamento do TCAP (NO SINGLE, 2000; SHAPIRA et al., 2000).

O progresso da terapia cognitiva – comportamental consiste em auxiliar o paciente com TCAP a ir do estágio pré-contemplativo, que é quando o paciente ainda não contemplou o fato de ter um problema ou precisar fazer uma mudança, ao estágio contemplativo, deste para o estágio de preparação, onde precisa de ajuda para encontrar uma estratégia de mudança ou objetivo

que seja aceitável, atingível e apropriado (SNETSELAAR, 2005).

O paciente com TCAP apresenta, muitas vezes, idéias de desesperança devido aos impactos causados por sintomas obsessivos e periódicos de sua vida, sendo importante o apoio profissional e familiar para não desistir, de modo que recomece o processo sempre que necessário.

Além dos aspectos psicológicos, o tratamento do TCAP deve incluir o combate à obesidade por meio de medidas dietéticas específicas e realização de atividades físicas, conduzidas sob orientação médica. (PAPELBAUM; APPOLINARIO, 2001)

### Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. (DSM-IV-TR), Washington: **Amer. Psychiatr. Publish.**, 1994.

APPOLINARIO, J. C. Obesidade e psicopatologia. In: **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 217-223.

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, supl. II, p. 28-31, 2000.

ARAUJO, B. C. Aspectos psicológicos da alimentação. In: **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. PHILIPPI, M. A.; ALVARENGA, M. Barueri: Malone, 2004. p.103-117.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA D. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.31, n.4, p.170-172, 2004.

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

BLUNDELL, J. E.; GILLET, A. Control of food intake in the obese, **Obes. Res.**, v.9, suppl. 4, p.263-270, 2001.

BORGES, M. B. **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia [Dissertação]**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/170.html>. Acesso em: 24 mar. 2008.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: **Distúrbios da nutrição**.

NÓBREGA, F. J. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.394-395.

COUTINHO W. **Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [Tese]**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/170.html>. Acesso em: 24 mar. 2008.

COZZA, K. L.; SOUZA-SOARES, L. A.; RUIZ, W. A. Cacau, chocolate e manteiga de cacau. **Rev. Vetor**, v.10, n.especial, p. 153-171, 2000.

DE ZWAAN, M. Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. **Eur. Eating Disord Rev.**, v.5, n.4, p.226-240, 1997.

FAITH, M. B.; ALLISON, D. B.; GELIBTER, A. Emotionaleating and Obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In: **Overweight and weight management**. Dalton, S. Maryland: Aspen Publishers, 1997. p.439-465.

FRENCH, S. A.; JEFFERY, R. W.; MURRAY, D. Is dieting good for you? Prevalence, duration and associated weight and behaviour changes for specific weightloss strategies over four years in US adults. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v.23, n.3, p.320-327.1999.

GRILO, C. M. Binge eating disorder. In: **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**. FAIRBURN, C. G.; BROWNELL, K. D. 2 ed., New York: Guilford Press, 2002. p.178 -182.

GOODRICK, G. K.; FOREYT, J. P.; Why treatments for obesity don't last. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.91 n.10, p.1243-1247,1991.

HESS, A. H. Taste: The neglected nutritional factor. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 97 n.10, p. 205-207, 1997.

MARTINS, I. S.; COELHO, L. T.; MAZZILLI, R. N. *et al.* Atherosclerotic cardiovascular disease, lipemic disorders, hypertension, obesity and diabetes mellitus in the population of a metropolitan area of Southeastern Brazil: I-Research methodology. **Rev. Saúde Pública**. v. 27, n.4, p.250-261,1993.

NO SINGLE ANSWER TO TREATING BINGE EATING DISORDER. **Drugs & Ther Perspect**, v.15, n.5, 2000.

ORTIGOZA, S. A. G. O fast-food e a mundialização do gosto. **Cad. Debates**, v.5, p.21-45, 1997.

PAPELBAUM, M.; APPOLINARIO, J. C. Binge eating disorder and obsessive compulsive disorder: both parts of the same spectrum?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.1, 2001.

PETRIBU, K.; RIBEIRO, E. S.; OLIVEIRA, F. M. F.; BRAZ, C. I. A.; GOMES, M. L. M.; ARAUJO, D. E.; ALMEIDA, N. C. N.; ALBURQUERQUE, P. C.; FERREIRA, M. N. L. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 50, n.5, p.901-908, 2006

POLITO, F. M. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando o reconhecimento [Dissertação]**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001. p. 10-19.

RIOS, S. R.; SALZANO, F. T.; CORDÁS, T. A. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. PHILIPPI, M.A.; ALVARENGA, M. Cap 3. Barueri: Malone, 2004. p.39-62.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.31, p.164-166, 2004.

SANT'ANNA, D. B. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p.21-38.

SHAPIRA, N. A.; GOLDSMITH, T. D.; MCELROY, S. L. Treatment of binge eating disorder with topiramate: a clinical case series. **J. Clin. Psychiatry**, v.61, n.5, p.368-372, 2000.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Body image in children. In: Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention and treatment. THOMPSON, J. K.; SMOLAK, L. Whashington (DC): **Amer. Psychol. Assoc.**, 2001. p.41-66.

SNETSELAAR, L. G. Aconselhamento para mudança. In: MAHAN, L. K., Escott-stump S. Krause: **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 11 ed. Cap.22. São Paulo: Roca, 2005.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v.20, n.4, p.611-624, 2002.