

Compulsão alimentar periódica: aspecto negligenciado na abordagem de pacientes com síndrome metabólica



Binge eating: a neglected element in the approach to patients with metabolic syndrome

Cláudia Rocha Franco¹
Mônica Barros Costa²
Rogério Baumgratz de Paula²
Alfredo Chaoubah³
Fernando A. Basile Colugnati⁴
Danielle Guedes Andrade
Ezequiel²

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

³ Departamento de Estatística – Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

⁴ Departamento de Internato – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

✉ **Cláudia Franco**
Rua: Eduardo Sathler, nº 570 – Condomínio Alto dos Pinheiros São Pedro
CEP: 36.035-720
Juiz de Fora, JF
✉ claudiasathlerfranco@hotmail.com

Submetido: 05/12/2018
Aceito: 19/02/2019

RESUMO

Introdução: obesidade, um dos principais componentes da síndrome metabólica frequentemente associa-se à compulsão alimentar periódica. **Objetivo:** o objetivo do presente estudo foi avaliar a presença da compulsão alimentar periódica em mulheres com síndrome metabólica e a possível associação com parâmetros sociodemográficos, clínicos e comportamentais. **Material e métodos:** estudo transversal com 124 indivíduos com síndrome metabólica, divididos de acordo com presença ou ausência da compulsão alimentar periódica, classificados pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). Quantificamos peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial. Avaliamos parâmetros comportamentais: nível de atividade física, consumo de álcool, imagem corporal, sintomas depressivos e qualidade de vida (SF-36). A avaliação laboratorial incluiu glicose, insulina, hormônio tiroestimulante, perfil lipídico e função renal. Os grupos foram comparados pelos testes Qui Quadrado e t de Student. **Resultados:** a média de idade das participantes foi 41±10,9 anos e a totalidade da amostra apresentava obesidade abdominal, com média da circunferência da cintura de 110±11,0 cm, 70% eram hipertensas, com média de pressão arterial sistólica de 133±13,0 mmHg e pressão arterial diastólica de 89±11,0 mmHg. Além disso, 95% eram sedentárias, 7% eram fumantes, 12% faziam uso nocivo do álcool, 98% declararam insatisfação com a imagem corporal e 62% apresentavam depressão. Observou-se presença de compulsão alimentar periódica em 57% das mulheres avaliadas. Os pacientes com compulsão alimentar periódica eram mais jovens (20 a 39 anos) (53,5% vs. 30,2%; p=0,010) e tinham pior qualidade de vida (93,6± 19,6 vs. 104,3± 19,8; p=0,039). Quanto aos parâmetros laboratoriais, não foi observada diferença significativa entre os grupos. **Conclusão:** a presença de compulsão alimentar periódica foi achado frequente em mulheres mais jovens com síndrome metabólica, associada com pior qualidade de vida. Estes achados alertam para a importância do rastreamento da compulsão alimentar periódica em indivíduos com síndrome metabólica para contribuir para manejo clínico mais adequado desta população.

Palavras-chave: obesidade, síndrome metabólica, transtorno da compulsão alimentar

ABSTRACT

Introduction: obesity, one of the main components of metabolic syndrome, is frequently associated with binge eating. **Objective:** the aim of this study was to evaluate the occurrence of binge eating in women with metabolic syndrome and its possible association with sociodemographic, clinical, and behavioral parameters. **Material and methods:** a cross-sectional study with 124 individuals with metabolic syndrome, divided according to the presence or absence of binge eating, based on the criteria of the Binge Eating Scale (BES). We quantified weight, height, waist circumference, and office blood pressure. We evaluated behavioral parameters: level of physical activity, alcohol consumption, body image, depressive symptoms, and quality of life (SF-36). Laboratory evaluation included glucose, insulin, thyroid stimulating hormone, lipid profile, and renal function. The groups were compared by Chi-square and student t tests. **Results:** the mean age of the participants was 41±10.9 years and the entire cohort presented abdominal obesity, with an average waist circumference of 110±11.0 cm, while 70% of the individuals were hypertensive, with an overall mean systolic and diastolic blood pressure of 133±13.0 mmHg and 89±11.0 mmHg, respectively. In addition, 95% were sedentary, 7% were smokers, 12% abused alcohol, 98% declared dissatisfaction with body image, and 62% had depression. We observed the occurrence of binge eating in 57% of the women evaluated. The patients with binge eating were younger (20 to 39 years) (53,5% vs. 30,2%; p=0.010) and had worse quality of life (93,6± 19,6 vs. 104,3± 19,8; p=0.039). Regarding laboratory parameters, there were no significant differences between the groups. **Conclusion:** the occurrence of binge eating was a frequent finding in younger women with metabolic syndrome associated with worse quality of life. These findings alert to the importance of binge eating tracking in individuals with metabolic syndrome to contribute for a more appropriated clinical management of this population.

Keywords: obesity, metabolic syndrome, binge-eating disorder



INTRODUÇÃO

Na atualidade, a obesidade representa a desordem nutricional mais comum em diferentes populações, com consequentes efeitos clínicos, psicossociais e econômicos (CHAN, WOO, 2010; WILDING, 2011). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prevalência de obesidade apresentou aumento significativo nos últimos anos (WHO, 2016) com projeção de que, em 2030, 2,16 bilhões de adultos terão excesso de peso e 1,12 bilhões serão obesos (KASTORINI et al., 2011).

O excesso de peso corporal é importante fator de risco para várias doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, alguns tipos de câncer além de várias desordens psicopatológicas (WHO, 2016; SILVA, MAIA, 2011) tais como redução da qualidade de vida e respostas emocionais inadequadas, além de baixa estima, prejuízo da autoimagem, isolamento social, discriminação social e depressão (SILVA, MAIA, 2011).

De etiologia complexa e multifatorial, a obesidade reflete um desequilíbrio do balanço energético, envolvendo a interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais (HILL et al., 2012). Recentemente, outros fatores têm sido descritos no modelo fisiopatológico alternativo dentre eles, a duração e a qualidade do sono, a microbiota intestinal, o estresse e a qualidade da dieta (DiBAISE et al., 2008; LUDWIG, FRIEDMAN, 2014).

A maior oferta de alimentos industrializados aliada à participação da mídia como determinante do ambiente obesogênico (POPKINS et al., 2012) impõem ao indivíduo um conflito entre comer alimentos palatáveis de maneira compulsiva e manter a forma física magra ou esbelta, gerando ansiedade crescente, principalmente em indivíduos obesos. O conjunto destes fatores pode levar a transtornos alimentares e/ou comportamento obsessivo-compulsivo (OLIVEIRA, HUTZ, 2010), dentre eles a compulsão alimentar periódica (CAP) caracterizada por episódios de ingestão de grande quantidade de alimento, maior do que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias similares, acompanhados pela sensação de falta de controle durante o episódio (APA, 2013).

Apesar da frequente associação entre obesidade e CAP (HUDSON et al., 2010), poucos estudos avaliaram a relação entre comportamentos alimentares e SM. Acredita-se que a ingestão de grande quantidade de comida em curto período de tempo esteja associada à obesidade central, resistência à insulina, dislipidemia, achados frequentes na SM (KRAL et al., 2001; SAKURAI et al., 2012; HUDSON et al., 2010). Entretanto, pouco se sabe sobre a relação de outros comportamentos alimentares, como a CAP, e a SM. Deste modo, o conhecimento de novos fatores relacionados à CAP e

suas consequências, em indivíduos com SM poderá contribuir para o adequado manejo desta condição e facilitar a adesão ao tratamento.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a presença da CAP e possível associação com parâmetros sociodemográficos, clínicos e comportamentais em uma amostra de pacientes femininas com SM.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com amostragem por conveniência, realizado no Ambulatório de Obesidade do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (NIEPEN/UFJF), no período de março de 2014 a março de 2016. Os critérios de inclusão foram: sexo feminino, idade entre 20 e 59 anos, índice de massa corporal (IMC) entre 25,0 kg/m² e 39,9 kg/m², mínimo de cinco anos de escolaridade. O diagnóstico de SM obedeceu aos critérios para mulheres do National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III modificado (NCEP-ATP III), definido como a combinação de pelo menos três dos cinco componentes: obesidade abdominal, caracterizada por circunferência da cintura >88 cm, triglicérides ≥150mg/dL, colesterol HDL <50mg/dL, diagnóstico de hipertensão ou pressão arterial ≥ 130/85 mmHg e glicemia de jejum ≥100mg/dL. Os critérios de não inclusão foram diabetes mellitus, doença renal crônica, disfunção tireoidiana não tratada, vigência de tratamento com o objetivo de perda de peso ou uso de fármacos que interferem no comportamento alimentar como antidepressivos, metformina, topiramato e sibutramina.

Todas as 143 pacientes de consultas incidentes, previamente agendadas no referido ambulatório, foram convidadas a participar do estudo. Destas, 19 não preencheram os critérios de inclusão, cinco por apresentarem IMC ≥ 40 kg/m², duas por diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, uma, por apresentar disfunção tireoidiana não tratada e as demais por não aceitarem participar do estudo. Após a avaliação de CAP 124 indivíduos foram divididos em dois grupos: Grupo 1: ausência de CAP (n=53) e Grupo 2: presença de CAP (n=71).

Do total de 124 pacientes avaliadas na primeira etapa, 61 concordaram em responder a todos os procedimentos do estudo resultando numa amostra final de 30 indivíduos no grupo de ausência de CAP (n=30) e 31 com presença de CAP (n=31). Na figura 1 é apresentado o fluxograma de seleção e distribuição da amostra.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer nº 1.282.094 - CAAE: 48859115.6.0000.5133. Todas as participantes receberam os devidos esclarecimentos sobre os procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

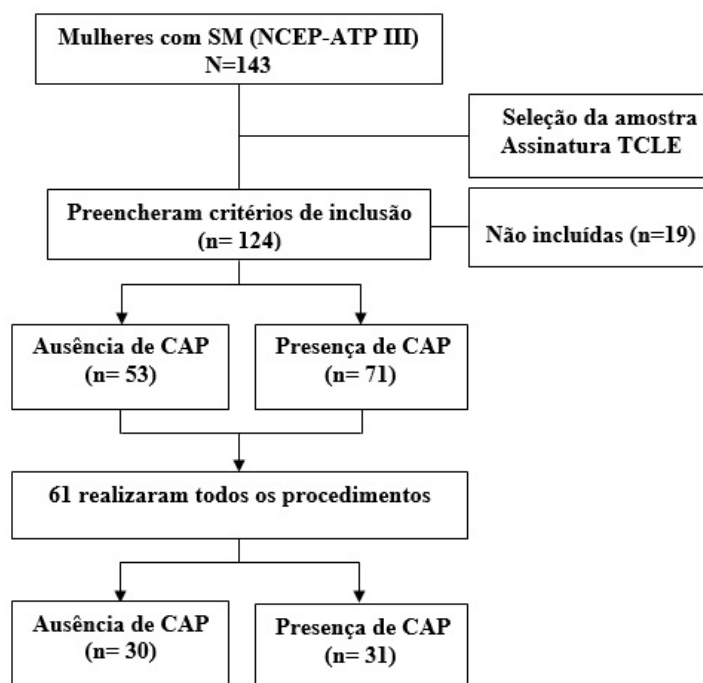


Figura 1: Fluxograma de seleção e distribuição da amostra do estudo

Variáveis estudadas

Foram colhidos os seguintes dados sociodemográficos e clínicos por entrevista semiestruturada: idade, cor, escolaridade, situação ocupacional atual, situação conjugal, tempo de obesidade, presença de tabagismo. Os valores de peso (quilogramas) e altura (centímetros) foram aferidos em balança digital constando de antropômetro vertical, com indivíduos usando roupas leves e sem sapatos. O IMC foi calculado dividindo o peso pela altura ao quadrado (Kg/m²). A circunferência da cintura (cm) foi medida a partir do ponto médio da linha entre a última costela e a crista ilíaca, após expiração, com a participante em posição ortostática (WHO, 1989). A pressão arterial (PA) de consultório foi obtida através de esfigmomanômetro e estetoscópio Tycos®, de acordo com as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). A participante manteve-se assentada e, após cinco minutos de repouso, foram aferidas duas medidas consecutivas da pressão arterial, ambas no braço direito, com um intervalo de dez minutos entre cada medição. Utilizou-se a média das duas medidas de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial para análise.

Para o rastreamento da CAP foi utilizada versão validada para a língua portuguesa da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), instrumento autoaplicável, de rastreamento, quantificação e detecção da gravidade da CAP em indivíduos obesos. É uma escala Likert, composta por 16 itens e 62 afirmativas. Cada afirmativa corresponde a uma pontuação que varia de 0 (ausência) a 3 (gravidade

máxima), de aspectos afetivos e comportamentais associados à CAP. No presente estudo, foi adotado o escore de 17 como ponto de corte, considerando-se pontuações até 17 pontos, como ausência de CAP e acima de 17 pontos como presença de CAP (FREITAS et al., 2001).

Além disso, foram aplicados o Questionário de Atividade Física Habitual de BAECKE - versão brasileira, para avaliar a prática de atividade física habitual dos últimos 12 meses. É composto por 16 questões que abrangem três componentes: atividades físicas ocupacionais, exercícios físicos praticados durante o tempo de lazer e atividades físicas durante o tempo de lazer e atividades físicas de locomoção, excluindo exercícios físicos. Está estruturado de forma qualitativa em escala de likert, levando em conta o ponto de vista das pessoas em relação às suas atividades físicas, classificadas em três níveis de intensidade: leve, moderado e vigoroso. Para determinação do nível de atividade física na amostra do presente estudo, segundo o escore do Baecke, foram calculados os valores médios do escore total e, a posteriori, as participantes que apresentaram escore inferior à média foram classificadas como sedentárias e aquelas que apresentaram escore superior à média, como ativas (FLORINDO et al., 2003) e o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) - versão brasileira, para avaliar o padrão de consumo de álcool e suas consequências, durante os últimos doze meses. De acordo com pontuação obtida a partir do somatório das opções assinaladas pela participante, identificam-se os diferentes padrões de consumo de álcool, desde "baixo

risco” ou “abstêmio” ao “risco” ou “provável dependência e suas consequências”, durante os últimos doze meses (BABOR et al., 2001).

Foram colhidos dos prontuários os seguintes dados laboratoriais, realizados nos últimos seis meses: glicose e insulina de jejum, para cálculo do Homeostasis Model Assesment of Insulin Resistance (HOMA-IR), perfil lipídico, TSH e cálculo da taxa de filtração glomerular, utilizando a fórmula Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) (LEVEY et al., 2009).

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). Trata-se de instrumento genérico multidimensional de avaliação da qualidade de vida, contendo 36 itens aglomerados, que geram pontuação em oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Este instrumento avalia os aspectos negativos referentes à doença como também aspectos positivos referentes ao bem-estar. Os dados são analisados a partir da transformação das respostas de cada domínio em escore numa escala de 0 (zero) a 100 (cem) resultando em um pior estado geral de saúde ou melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999).

Avaliamos a autopercepção da imagem corporal pela Escala de Silhuetas (Stunkard’s Figure Ratings Scale, 1983) - versão brasileira, composta por um conjunto de nove figuras de silhuetas com variações em ordem de tamanho corporal, representadas através de um continuum desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade (silhueta 9), com IMC variando de 12,5 kg/m² (figura 1) a 47,5 kg/m². A participante escolhe a silhueta que mais se assemelha à sua aparência corporal atual e à ideal. O grau de satisfação com a silhueta corporal é obtido pela subtração da pontuação entre a silhueta corporal ideal e a silhueta corporal atual. Se essa variação for igual a zero, as participantes são classificadas como satisfeitas e, se diferente de zero, como insatisfeitas. Assim, a diferença positiva sugere insatisfação pelo excesso de peso (desejo de diminuir o tamanho da silhueta) e a diferença negativa aponta para insatisfação pela magreza (desejo de aumentar a silhueta). De acordo com pontuação obtida a partir do somatório das opções assinaladas pela participante, classifica-se em satisfação ou insatisfação da mesma, com a sua imagem corporal. (SCAGLIUSI et al., 2006).

Para rastreamento de depressão, foi utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 Plus (M.I.N.I.) - versão brasileira, com base em entrevista estruturada simples e breve, visando os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - quarta edição (DSM IV) e do Código Internacional de

Doenças (CID-10), sessão A que se refere à Depressão – Episódio Depressivo Maior. O MINI é organizado em 19 módulos diagnósticos independentes. Para a maioria dos módulos, há de duas a quatro questões de entrada que exploram critérios obrigatórios, permitindo excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas. Além disso, os algoritmos são integrados a estrutura do questionário, o que permite estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista. A cotação das questões é administrada de forma dicotômica (SIM/NÃO), referente a concordar ou não com a ocorrência dos sintomas. A partir do somatório das respostas obtidas, a participante foi classificada como ausência ou a presença de depressão. (AMORIM, 2000).

Protocolo de estudo

O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa do estudo, todas as participantes responderam a entrevista semiestruturada contemplando variáveis sociodemográficas. Posteriormente, foi aplicada a ECAP e os questionários de atividade física e consumo de álcool. Na segunda etapa, as participantes do estudo foram convidadas a responder os questionários relacionados à qualidade de vida, imagem corporal e depressão. Os dados laboratoriais foram colhidos dos prontuários.

Análises estatísticas

Os valores foram expressos por frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para avaliar a associação entre CAP e as diferentes variáveis, foram utilizados o teste Qui-quadrado, para variáveis categóricas e o teste t de Student, para as variáveis contínuas. A diferença dos resultados foi considerada estatisticamente significativa quando a probabilidade de erro foi inferior a 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados utilizando-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 21.0.

RESULTADOS

Foram avaliadas 124 mulheres, com média de idade de $41 \pm 10,9$ anos e a maioria estava na faixa de 40-59 anos. Encontramos CAP em 57% da amostra. Sessenta e quatro por cento se declararam “não brancas”; 56% eram casadas ou em união estável; 59% não tinham ocupação formal e 60% relataram escolaridade igual ou superior a oito anos. Observou-se ainda que 95% das mulheres eram sedentárias, 7% eram tabagistas e 12% faziam uso nocivo do álcool. Deste grupo de variáveis, observou-se maior frequência da CAP na faixa etária entre 20 e 39 anos (53,5% vs. 30,2%; $p = 0,010$). Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas e de estilo de vida relacionadas à ausência ou presença da compulsão alimentar periódica

Parâmetros	Ausência de CAP (n=53)	Presença de CAP (n=71)	Total Amostra (n=124)	p
Faixa etária (anos)				
20 a 39	30,2 (16)	53,5 (38)	43,5 (54)	0,010
40 a 59	69,8 (37)	46,5 (33)	56,5 (70)	
Cor da pele				
Não branca	60,4 (32)	66,2 (47)	63,7 (79)	0,505
Branca	39,6 (21)	33,8 (24)	36,3 (45)	
Situação conjugal				
Sem companheiro	50,9 (27)	39,4 (28)	44,4 (55)	0,202
Com companheiro	49,1 (26)	60,6 (43)	55,6 (69)	
Situação ocupacional				
Não trabalha	58,5 (31)	59,2 (42)	58,9 (73)	0,941
Trabalha	41,5 (22)	40,8 (29)	41,1 (51)	
Escolaridade (anos)				
≤ 8	43,4 (23)	36,6 (26)	39,5 (49)	0,445
> 8	56,6 (30)	63,4 (45)	60,5 (75)	
Tempo de obesidade				
≤ 5	41,5 (22)	35,2 (25)	37,9 (47)	0,475
> 5	58,5 (31)	64,8 (46)	62,1 (77)	
Tabagismo	7,5 (4)	7,0 (5)	7,3 (9)	0,915
Consumo de álcool				
Baixo risco ou abstinência	92,5 (49)	84,5 (60)	87,9 (109)	0,179
Risco ou provável dependência	7,5 (4)	15,5 (11)	12,1 (15)	
Atividade física				
Sedentário	98,1 (52)	93,0 (66)	95,2 (118)	0,186
Ativo	1,9 (1)	7,0 (5)	4,8 (6)	

CAP: compulsão alimentar periódica. Valores expressos em percentual, com valores absolutos entre parênteses. Os grupos com e sem CAP foram comparados pelo teste do Qui-Quadrado.

Na avaliação das características clínicas observou-se que a totalidade da amostra apresentou obesidade abdominal, com média da circunferência da cintura de 110±11,0 cm e 70% tinham diagnóstico de hipertensão arterial. A análise dos parâmetros laboratoriais, não evidenciou diferenças significativas entre os indivíduos com e sem CAP. Tabela 2.

Na avaliação das características comportamentais (n=61), observou-se que 98% dos indivíduos relataram insatisfação com a imagem corporal, todavia, não se evidenciou diferença entre os grupos. Com base no M.I.N.I., 62% das participantes com SM apresentaram depressão, sendo esta mais frequente no grupo com presença de CAP, entretanto sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,155). Na análise do SF-36, observou-se que o grupo com presença de CAP apresentou piores valores no escore total, quando comparados ao grupo com ausência de CAP (93,6 ±19,6 vs. 104,3 ±19,8; p=0,039) (Tabela 3).

Na avaliação dos diferentes domínios do SF-36, observou-se que as participantes do grupo com presença de CAP apresentaram as menores pontuações nos domínios vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e capacidade funcional, quando comparadas às participantes do grupo com ausência de CAP. No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos com ou sem presença de CAP (Figura 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se elevada frequência de CAP em mulheres com SM, sendo evidenciada associação da compulsão alimentar periódica com faixa etária mais jovem e com pior qualidade de vida. Tais achados, aliados ao fato de que profissionais de saúde em geral, raramente pesquisam a presença de compulsão alimentar (HUDSON et al., 2010) apontam para a relevância da avaliação sistemática dos mesmos, inclusive em pacientes sem

Tabela 2: Características antropométricas, clínicas e laboratoriais relacionadas à ausência ou presença da compulsão alimentar periódica

Parâmetros	Ausência de CAP (n=53)	Presença de CAP (n=71)	p
CC (cm)	109,0 ±11,6	111,7 ±10,4	0,176
IMC (kg/m ²)	34,3 ±4,3	34,6 ±3,9	0,632
PAS (mmHg)	128,6 ±14,4	127,6 ±14,6	0,695
PAD (mmHg)	85,8 ±10,2	85,7 ±11,4	0,926
Glicose em jejum (mg/dL)	97,8 ±15,7	94,8 ±9,1	0,173
Colesterol total (mg/dL)	193,3 ±40,8	188,5 ±37,8	0,646
HDL-c (mg/dL)	44,7 ±9,4	46,4 ±11,5	0,414
LDL-c (mg/dL)	119,9 ±39,5	117,2 ±32,6	0,838
Triglicérides (mg/dL)	137,7 ±62,6	135,4 ±88,3	0,881
HOMA-IR	3,8 ±3,3	6,9 ±23,0	0,453
TSH (mUI/L)	2,6 ±2,1	3,3 ±4,0	0,399
TFGE (CPK-EPI) (mL/min/1.73m ²)	94,4 ±24,9	112,8 ±129,6	0,947

CC: circunferência da cintura; IMC: índice de massa corpórea; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. HDL: lipoproteína de Alta Densidade. LDL: lipoproteína de baixa densidade. HOMA-IR: Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance. TFGE: taxa de filtração glomerular estimada. CPK-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. Valores expressos em média ±desvio padrão. Os grupos com e sem CAP foram comparados pelo Teste t Student.

Tabela 3: Características comportamentais relacionadas à ausência ou presença da compulsão alimentar periódica

	Ausência de CAP (n=30)	Presença de CAP (n=31)	p
Imagem corporal			
Satisfação	3,3 (1)	0,0 (0)	0,305
Insatisfação	96,7 (29)	100,0 (31)	
Episódio depressivo maior			
Ausência de depressão	46,7 (14)	29,0 (9)	0,155
Presença de depressão	53,3 (16)	71,0 (22)	
Qualidade de vida	104,3 ±19,8	93,6 ±19,6	0,039

Valores expressos em percentual para as variáveis categóricas e média ±desvio padrão para as variáveis nominais. Os grupos com e sem CAP foram comparados pelo Teste t Student ou Qui-Quadrado.

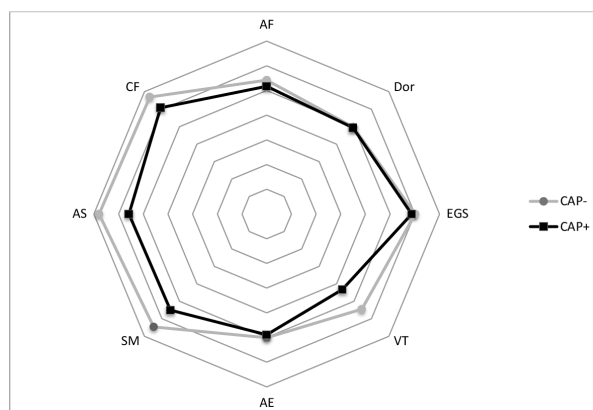


Figura 2: Gráfico radar representando de forma abrangente, as pontuações obtidas nos diferentes domínios do SF-36. Domínios: AF: aspecto físico; EGS: estado geral de saúde; VT: vitalidade; AE: aspecto emocional; SM: saúde mental; AS: aspecto social; CF: capacidade funcional. CAP-: ausência de compulsão alimentar periódica; CAP+: presença de compulsão alimentar periódica.

queixas relacionadas.

A prevalência de compulsão alimentar na população geral varia entre 1,5 a 5%, e pode ser muito mais frequente entre indivíduos obesos. Em estudo multicêntrico norte-americano, que incluiu indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 17 e 65 anos, a prevalência de episódios de compulsão alimentar foi de 46% no grupo de participantes em programas de controle de peso (SPITZER et al., 1992). De forma semelhante, estudo brasileiro que incluiu mulheres obesas participantes de programas de perda de peso, a frequência de compulsão alimentar foi de 43% (BORGES, 1998), achados sugestivos da associação da CAP com aumento da adiposidade corporal (DUCHESNE et al., 2007). A prevalência de CAP de 57% encontrada no nosso estudo foi mais elevada do que a descrita em grupos com características semelhantes.

Os transtornos de comportamento alimentar, bem como suas formas subclínicas ou parciais, são quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres adultas jovens e adolescentes, e se associam a elevada morbimortalidade (ESPINDOLA, BLAY, 2006). No presente estudo, além da elevada frequência de CAP, observou-se associação significativa entre a presença de CAP em pacientes jovens. Da mesma forma, estudo multicêntrico brasileiro que avaliou 2.855 indivíduos observou maior prevalência de CAP em mulheres mais jovens, entre 18 a 40 anos de idade (SIQUEIRA et al., 2005).

Os episódios de compulsão alimentar geralmente têm início na infância e na adolescência, se associam à maior preocupação com a imagem corporal e conduzem à busca por dietas, que se inicia após o aparecimento dos ataques de comer (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; FREITAS et al., 2008). Ou seja, em grande número de indivíduos, o início da compulsão alimentar precede o ganho de peso, sugerindo que esse seja um sintoma primário que leva à obesidade.

Paralelamente, a presença de CAP parece aumentar o tempo de obesidade (DUCHESNE et al., 2007). No nosso estudo, observou-se que 60% dos indivíduos com CAP apresentavam quadros mais prolongados de obesidade quando comparados a 40% daqueles com ausência de CAP. Ainda que não tenha sido evidenciada diferença significativa entre os grupos, sugere-se que a presença da compulsão alimentar possa influenciar negativamente na resposta terapêutica. Hudson et al. (2006) verificaram maior frequência de compulsão alimentar em indivíduos com obesidade quando comparados àqueles que perderam peso de forma bem-sucedida. Ou seja, a abordagem terapêutica da compulsão alimentar pode contribuir para o sucesso dos tratamentos que visem à perda de peso.

Outro achado relevante foi o elevado percentual de indivíduos obesos com depressão, entretanto não se observou diferença significativa entre os grupos com presença e ausência de CAP. Em estudo londrino de base populacional, com adultos jovens, Solmi et al. (2014) observaram que indivíduos com transtornos alimentares possuem maior chance de apresentar outros transtornos mentais, particularmente os transtornos de humor e

de ansiedade. No Brasil, estudo anterior realizado por Borges (1998) demonstrou elevados escores de sintomas depressivos em pacientes obesas com transtorno de compulsão alimentar (TCAP), sendo que 50% destas apresentaram depressão clínica, achado descrito em 17% das mulheres obesas sem TCAP.

Assim como a presença de depressão, o sedentarismo representa importante barreira ao sucesso do tratamento da obesidade. No presente estudo, a totalidade dos indivíduos era sedentária. Esse achado merece destaque do ponto de vista clínico, visto que, sobretudo em obesos, o sedentarismo favorece o início do ciclo que reduz a energia pessoal, aumenta o estresse, estimula a compensação alimentar e o consequente ganho de peso que termina por reduzir ainda mais a capacidade para a prática de atividade física (FOREYT; GOODRIK, 2001).

De acordo com Freitas et al. (2008), apesar do elevado percentual de sedentarismo, indivíduos obesos com compulsão alimentar, frequentemente se preocupam com a forma e o peso corporal e relatam imagem corporal negativa. No presente estudo, observou-se elevada frequência de insatisfação com a imagem corporal entre indivíduos com e sem a presença de CAP, achados que estão em concordância com dados de diferentes populações (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; FREITAS et al., 2008).

Embora no presente estudo não tenha sido encontrada associação entre CAP e o uso do álcool, foi observado maior percentual de indivíduos com uso nocivo de álcool no grupo com presença de CAP (15,5%), taxa duas vezes maior, em relação ao grupo com ausência de CAP (7,5%). Segundo Hart et al. (2010), alcoolistas tendem a subestimar o volume consumido, dificultando a avaliação do consumo de álcool, o que possivelmente ocorreu no presente estudo, pelo constrangimento de algumas participantes em explicitarem o consumo de álcool. De acordo com a National Center on Addiction and Substance Abuse (2003), 35% dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool ou de substâncias ilícitas apresentam transtorno alimentar, quando comparados à população geral que mostrou uma taxa 9%. Aliás, diversos estudos apontam para a relação entre uso abusivo de álcool e transtornos alimentares (BECKER; GRILO, 2015; HARROP; MARLATT, 2010).

Em relação à qualidade de vida, observou-se que o grupo com presença CAP apresentou menores valores em relação ao escore total do SF-36, quando comparado àquele com ausência de CAP, destacando-se menores pontuações nos domínios vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e capacidade funcional. Em concordância, outros estudos referem que indivíduos com transtornos alimentares são mais disfuncionais em diversos domínios do SF-36, tais como no aspecto mental e na saúde física (MOND et al., 2012).

Além da relação da CAP com aspectos emocionais, estudos anteriores têm apontado para a associação entre o comer compulsivo e a elevação da glicemia de jejum, da insulina e dos níveis séricos de lipídeos (ABRAHAM et al., 2014; BARNES et al., 2011; HUDSON et al., 2010). Todavia,

na amostra avaliada, não se observou diferença no perfil metabólico entre os indivíduos com SM, na presença ou ausência de CAP, achado semelhante ao estudo realizado em ambulatório de transtornos alimentares, no qual também não foi identificada diferença significativa entre os obesos com e sem TCAP (SILVA et al., 2015).

Dentre as limitações do presente estudo, o tamanho e o fato de ser a amostra composta exclusivamente por mulheres, impedem a extrapolação dos achados para outros grupos populacionais. Todavia, por se tratar de estudo de vida real, seu caráter exploratório e descritivo pode contribuir para estratégias de avaliação, monitoramento e tratamento dos obesos com SM. Outra limitação é o fato da ECAP ser um instrumento de rastreamento e não de diagnóstico. Além disso, a ausência de padronização de instrumentos e a não uniformidade de critérios de classificação constituem grandes desafios na identificação de episódios de compulsão alimentar, comprometendo a comparabilidade entre diferentes estudos e até mesmo a consistência dos achados. Entretanto, é um questionário de fácil análise, baixo custo e útil para investigar a ocorrência de CAP.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a CAP foi um achado frequente em mulheres com SM, sendo observada associação da CAP com faixa etária mais jovem e pior qualidade de vida. Tais achados merecem destaque considerando o fato de que a compulsão alimentar pode ser um sintoma primário que leva ao ganho progressivo de peso e, potencialmente, à SM. Desta forma, espera-se que o presente estudo possa alertar a equipe de saúde quanto à importância do rastreamento da CAP em indivíduos com SM e contribuir para o adequado manejo clínico desta condição, de modo a proporcionar maior alcance de metas terapêuticas e melhor qualidade de vida para este grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, T. M. et al. Metabolic characterization of adults with binge eating in the general population: the Framingham Heart Study. **Obesity**, v. 22, n. 11, p. 2441-2449, nov. 2014.

APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-V). **American Psychiatric Publishing**, Arlington, VA, 2013.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106-115, sep. 2000.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22 (supl. 2), p. 28-31, dec. 2000.

BABOR, T. F. et al. Cuestionario de identificación de los transtornos

debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. **Organización Mundial de La Salud**, Ginebra, 2001.

BARNES, R. D. et al. Metabolic syndrome in obese patients with binge-eating of disorder in primary care clinics: a cross-sectional study. **The Primary Care Companion for CSN Disorder**, v. 13, n. 2, p. 1-7, mar. 2011.

BECKER, D. F.; GRILO, C. M. Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: associations with personality disorder and eating disorder pathology. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 79, n. 2, p. 159-164, aug. 2015.

BORGES, M. B. F. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

CASA. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Individuals with eating disorders up to 5 times likelier to abuse alcohol and illicit drugs. US. Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.centeronaddiction.org/newsroom/press-releases/2003food-for-thought>> Acesso em: 04 abr.2016.

CHAN, R.; WOO, J. Prevention of overweight and obesity: how effective is the current public health approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, n. 3, p. 765-783, feb. 2010.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)". **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, may./jun. 1999.

DiBAISE, J. K. et al. Gut microbiota and its possible relationship with obesity. **Mayo Clinics Proceedings**, v. 83, n. 4, p. 460-469, apr. 2008.

DUCHESNE, M. et al. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 80-92, apr. 2007.

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

FOREYT, J. P.; GOODRICK, G. K. Dieting and weight loss: the energy perspective. **Nutrition Reviews**, v. 59, n. 1, p. 25- 26, parte 2, jan. 2001.

FREITAS, S. R. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, dec. 2001.

FREITAS, S. R. et al. Prevalence of binge eating and associated factors in a brazilian probability sample of midlife women.

- International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 5, p. 471-478, jul. 2008.
- FLORINDO, A. A.; LATORRE, M. R. D. O. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v. 9, p. 129-135, may./jun. 2003.
- HARROP, N. E.; MARLATT, A. The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. **Addictive Behaviors**, v. 35, n. 5, p. 392-398, may. 2010.
- HART, C. L. et al. The combined effect of smoking tobacco and drinking alcohol on cause-specific mortality: a 30 year cohort study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 789-792, dec. 2010.
- HIILL, J. O. et al. Energy balance and obesity. **Circulation**, v. 126, n. 1, p. 126-132, jul. 2012.
- HUDSON, J. I. et al. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 3, p. 313-319, mar. 2006.
- HUDSON, J. I. et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **Bethesda**, v. 91, n. 6, p. 1568-1573, jun. 2010.
- KASTORINI, C. M. et al. Adherence to the mediterranean diet in relation to acute coronary syndrome or stroke nonfatal events: a comparative analysis of a case/control study. **American Heart Journal**, v. 162, p. 717-724, oct. 2011.
- KRAL, J. G. et al. Metabolic correlates of eating behavior in severe obesity. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 25, n. 2, p. 258-264, feb. 2001.
- LEVEY, A. S. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. **Annals of Internal Medicine**, v. 150, n. 9, p. 604-612, may. 2009.
- LUDWIG, D. S.; FRIEDMAN, M. I. Increasing adiposity: consequence or cause of overeating? **JAMA**, v. 311, n. 21, p. 2167-2168, jun. 2014.
- MOND, J. M. et al. Quality of life impairment in a community sample of women with eating disorders. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 46, n. 6, p. 561-568, jun. 2012.
- OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 575-582, sep. 2010.
- POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; WEN, Ng. S. Now and then: the global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews**, Washington, v. 70, n. 1, p. 3-21, jan. 2012.
- SAKURAI, M. et al. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. *Metabolism Clinical and Experimental*, **Ishikawa**, v. 61, n. 11, p. 1566-1571, nov. 2012.
- SCAGLIUSI, F. B. et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into portuguese. **Appetite**, v. 47, n. 1, p. 77-82, jul. 2006.
- SILVA, H. G. V. et al. Características antropométricas e metabólicas em obesos com transtorno alimentar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, Rio de Janeiro, v.14, p. 14-19, jul./sep. 2015.
- SILVA, S. S. P.; MAIA, A. C. Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 194-200, 2011.
- SIQUEIRA, K. S.; APPOLINÁRIO, J. C.; SICHERI, R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five brazilian cities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 290-294, dec. 2005.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 1-68, jan./mar. 2010.
- SOLMI, F. et al. Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 8, p. 1335-1346, aug. 2014.
- SPITZER, R. L. et al. Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 3, p. 191-203, apr. 1992.
- WILDING, J. P. H. Pathophysiology and aetiology of obesity, **Medicine**, v. 39, n. 1, p. 6-10, jan. 2011.
- WHO. World Health Organization. Measuring obesity: classification and distribution of anthropometric data (Nutr. DU EUR/CP/National Food and Nutritional Institute 125). Apud in: LEAN, M.E.J., HAN, T. S.; MORRISON, C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **British Medical Journal (BMJ)**, v. 311, p. 158-161, jul. 1995. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/311/6998/158.long>. Acesso em 12 abr. 2016.
- WHO. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva, Jan. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em 12 abr. 2016.