

MARIANE ARROJO RODRIGUES

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES
COM SOBREPESO E OBESIDADE**

Monografia apresentada à
Universidade Federal do Paraná,
Curso de Especialização em
Nutrição Clínica, como requisito
para a obtenção do título.

Orientadora: Prof^a Maria Emilia
Daudt von der Heyde.

CURITIBA
2004

MARIANE ARROJO RODRIGUES

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES
COM SOBREPESO E OBESIDADE**

CURITIBA
2004

A todas as pessoas que contribuíram para
a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	i
SUMÁRIO.....	ii
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	iii
ABREVIATURAS.....	iv
I INTRODUÇÃO.....	01
II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	05
1 DEFINIÇÃO DE OBESIDADE/SOBREPESO.....	05
2 DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE.....	05
3 CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE.....	06
3.1 Classificação anatômica.....	07
3.2 Classificação etiológica.....	08
4 TRATAMENTO DIETÉTICO DA OBESIDADE.....	09
4.1 Dietas da moda.....	12
5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA OBESIDADE.....	13
6 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE.....	14
7 DEPRESSÃO.....	15
7.1 DEFINIÇÃO.....	15
7.2 CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO (SINTOMAS).....	15
7.3 CAUSAS ORGÂNICAS DA DEPRESSÃO.....	16
7.4 GATILHOS E CAUSAS DA DEPRESSÃO.....	17
7.5 DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO.....	18
7.6 TIPOS DE DEPRESSÃO.....	19
7.7 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO.....	20
8 TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA.....	27
8.1 DEFINIÇÃO.....	28
8.2 DIAGNÓSTICO.....	29
8.3 TRATAMENTO.....	31
III OBJETIVOS.....	36
IV MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
V RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
VI CONCLUSÕES.....	48
VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
VIII ANEXOS.....	58

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 01	Métodos mais utilizados para diagnosticar a Obesidade	06
Quadro 02	Classificação da obesidade, de acordo com Índice de Massa Corporal	06
Quadro 03	Métodos utilizados para diagnosticar a distribuição de gordura corporal	08
Quadro 04	Medicamentos que causam ganho de peso	09
Quadro 05	Distribuição e características do tecido adiposo	09
Quadro 06	Fluxograma para o tratamento da obesidade	10
Quadro 07	Resumo das recomendações dietéticas para a perda de peso	11
Quadro 08	Barreiras estratégicas para a prática de atividade física	12
Quadro 09	Perfil farmacológico dos medicamentos liberados no Brasil	14
Quadro 10	Perfil dos medicamentos antidepressivos comumente utilizados	24
Quadro 11	Antidepressivos inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS	25
Quadro 12	Outros transtornos alimentares e critérios diagnósticos para TCAP	29
Quadro 13	Características principais dos transtornos alimentares	31
Quadro 14	Classificação da depressão de acordo com Inventário de Beck	38
Quadro 15	Estado nutricional ótimo como um equilíbrio entre ingestão e a necessidade de nutrientes	39
Quadro 16	Média da variação de peso das entrevistadas nos últimos seis meses	40
Quadro 17	Ocorrência de distúrbios gasstrintestinais nas mulheres do estudo	41
Quadro 18	Freqüência alimentar das entrevistadas considerando o consumo de 5 vezes ou mais de cada grupo de alimento	42
Quadro 19	Grau de influência do peso/forma na auto-avaliação de como se sente como pessoa para as mulheres do estudo	43
Quadro 20	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à classe econômica	43
Quadro 21	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à escolaridade	44
Quadro 22	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à profissão	45
Quadro 23	Prevalência de depressão por faixa etária	46
Quadro 24	Classificação da depressão pelo IMC. Mulheres com sobre peso	47
Quadro 25	Classificação da depressão pelo IMC. Mulheres com obesidade	47
Figura 01	Grau de influência do peso/forma na auto-avaliação de como se sente como pessoa para as mulheres do estudo	42
Figura 02	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à classe econômica	43
Figura 03	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à escolaridade	44
Figura 04	Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à profissão	45

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES COM SOBREPESO E OBESIDADE

I INTRODUÇÃO

Atualmente o sobrepeso e a obesidade constituem os distúrbios nutricionais que mais aumentam no mundo. A obesidade está sendo considerada um grande problema de Saúde Pública por ser uma ameaça à saúde e qualidade de vida (ROUQUAYROL, 1999).

A obesidade é determinada pela associação de vários fatores: orgânicos, genéticos, ambientais, culturais, alimentares e emocionais. Apesar de não existirem alterações psiquiátricas específicas associadas à obesidade, sintomas depressivos e ansiosos são freqüentemente identificados pelos profissionais de saúde e podem interferir no resultado do tratamento proposto.

Sintomas depressivos e ansiosos, que agravam as demais condições, também são comuns nestes pacientes (MATOS, 2001).

De acordo com a *World Health Organization – WHO* a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, decorrente do produto de um balanço energético positivo, resultante de um baixo gasto energético e/ou alto consumo energético. Fatores sociais, culturais e comportamentais são determinantes dos dois componentes (gasto e ingestão energética), além dos fatores genéticos que também predispõem ao excesso de peso. O que não está bem elucidado é a maneira pela qual os fatores genéticos exercem sua influência. Provavelmente muitos genes estão envolvidos, afetando o gasto e a ingestão energética (WHO, 1995).

A doença pode ser facilmente diagnosticada, pois mesmo com o indivíduo vestido é possível constatá-la no exame clínico. A dificuldade é fazer com que aceite que tem uma doença que deve tratar, que o tratamento será prolongado e que poderá não obter êxito. A resistência maior que se observa se refere aos fatores mais importantes do tratamento: necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida. A mudança nos hábitos alimentares compreende ingerir alimentos a que não foi acostumado, principalmente hortaliças e frutas e deixar de

ingerir ou reduzir a quantidade de alimentos que aprecia, geralmente alimentos gordurosos e doces.

No presente estudo foi aplicado um questionário de freqüência alimentar com o objetivo de observar a alimentação quanto à qualidade e quantidade dos alimentos consumidos. A confiabilidade e a validade de métodos de registro dietético são preocupações importantes. A validade é o grau no qual o método utilizado realmente avalia a ingestão usual. A validade com freqüência é comprometida em obesos, que tendem a sub-relatar sua ingestão. A confiabilidade se aplica à consistência dos dados obtidos. Os lapsos de memória, conhecimento impreciso do tamanho das porções e quantidade super ou subestimadas de alimentos consumidos, comprometem a confiabilidade de qualquer método de ingestão de alimentos (MAHAN, 1998).

As modificações no estilo de vida se referem à prática de exercícios físicos periódicos. Um fato complicador no tratamento é que poucas pessoas dão importância ao fato de que estão ficando cada vez mais sem fôlego ao subir escadas, que as suas roupas já não estão com um caimento perfeito ou que o item alimentação está aumentando a cada mês no orçamento doméstico e a doença vai se instalando. Quando vão procurar um médico para tratar a obesidade ela já causou outras complicações como hipertensão arterial (HAS), diabete melito (DM), doenças cardiovasculares (DCV) e aumento nos níveis de colesterol e triglicerídeos. Além dessas co-morbididades existem as complicações sociais que são mais imediatas e dolorosas quando enfrentam preconceito, ganham apelidos, sofrem discriminação, têm dificuldades profissionais, pessoais que vão levando a problemas de ordem psicológicas, entrando num ciclo vicioso e de difícil cuidado (McARDLE, 2000)

De acordo com dados da OMS, em 2003 existiam mais de 1 bilhão de adultos com sobrepeso e destes 300 milhões são obesos. À título de curiosidade, a obesidade é o mais antigo distúrbio metabólico, sendo observado em múmias egípcias e esculturas gregas (MARINHO, 2003).

Juntamente com esses fatores que dificultam o bom desempenho pessoal e profissional das pessoas com ganho de peso, estudos mostram que outros transtornos psiquiátricos têm sido associados, estando a depressão entre os

principais. Depressão e ansiedade são distúrbios comuns em pessoas obesas segundo pesquisa do ambulatório de endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. Todos os pacientes avaliados estavam deprimidos, 84% deles em estado grave. A ansiedade, como traço de personalidade, foi detectada em 70%. Episódios de compulsão alimentar - ECAs -, que freqüentemente ocorrem em obesos foram observados em 54% dos pacientes (MATOS, 2003).

Um outro estudo para avaliar a prevalência de depressão e suas correlações com o controle metabólico foram estudadas em 80 mulheres pós-menopausadas diabéticas e em 45 mulheres não diabéticas. Foi observado que a depressão foi significativamente maior no grupo de diabéticas na pós-menopausa em comparação às não diabéticas. A depressão é uma preocupação importante para mulheres e pode ser precipitada nos diferentes estágios da vida (adolescência, gestação, menopausa).

Em média, a depressão tem início entre os 27 e 35 anos, afetando 5-8% da população geral em algum período da vida, sendo duas vezes mais freqüente nas mulheres e três vezes mais prevalente em diabéticos. Nos últimos anos, os estudos sobre DM e depressão têm aumentado de modo que novas conclusões foram sendo feitas e podem ser resumidas nessas três hipóteses: 1) A intensidade e competência dos regimes de tratamento repetitivos sobrecarregam os pacientes e fazem parte da sua vida diária; 2) A duração da doença (que proporciona estresse permanentemente crônico) e o número de complicações da doença (que vão aumentando com o tempo) afetam a qualidade de vida; e 3) DM e depressão são partes de um conjunto de desordens metabólicas comuns ou vinculadas entre si (MARTINS, 2002).

Procurado entender a relação entre a obesidade e vários transtornos psiquiátricos, clínicos e pesquisadores tentaram avaliar se a obesidade também constitui um transtorno alimentar. Os resultados sugeriram que indivíduos obesos parecem comer de acordo às suas maiores dimensões corporais. No entanto, existem subgrupos de indivíduos obesos que possuem padrões anormais de alimentação: aqueles que têm o transtorno da compulsão alimentar periódica -TCAP - e os com a síndrome do comer noturno - SCN (DOBROW, 2002).

O TCAP e a SCN são transtornos de origem multifatorial que necessitam de avaliações e enfoques que abordem os fatores envolvidos na sua gênese e manutenção (FREITAS, 2002). Foi descrito a partir de observações de pacientes obesos, porém também acomete indivíduos de peso normal (STEFANO, 2001), e esses transtornos quando presentes tendem a prejudicar o tratamento para emagrecer.

Em nosso estudo tentamos correlacionar alguns aspectos desses dois transtornos alimentares com a depressão e a obesidade, mas o resultado se mostrou insignificante por ser pequena a amostra coletada, sendo assim a discussão girará em torno da depressão e sua associação com o ganho de peso.

A pesquisa foi realizada com 30 mulheres, de 28 a 69 anos, que preencheram o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado (QEWP-R) e o Inventário para a Depressão de Beck .

O presente trabalho apresenta conceitos atuais de obesidade e depressão e alguns aspectos a serem considerados no diagnóstico do distúrbio nutricional.

II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1 DEFINIÇÃO SOPREPESO/ OBESIDADE

Sobrepeso é o excesso de peso corporal composto por músculo, ossos, gordura e água e obesidade pode ser definida como excesso de tecido adiposo, ou seja, mais de 20% do peso corporal em homens e mais de 25% nas mulheres. É necessário, no entanto, critério na avaliação, pois atletas com grande massa muscular podem estar com sobrepeso e não estar obeso (SEGAL).

Outra definição diz que obesidade é a deposição de gordura em excesso organismo associada ao aumento de peso causado pela ingestão de alimentos em quantidades maiores do que podem ser utilizadas para a obtenção de energia pelo organismo. Para cada 9,3 calorias de energia ingerida em excesso, armazena-se 1 grama de gordura (AUGUSTO, 1999; GUYTON, 1984).

Ela está emergindo rapidamente como epidemia global por estar associada à várias co-morbididades endócrinas e metabólicas incluindo Diabete melito tipo II, Hipertensão arterial e dislipidemias. A deposição de gordura na região abdominal pode acarretar essas alterações metabólicas, assim como aumento da trigliceridemia, do colesterol total, glicemia em jejum e insulinemia (MORAES, 2003).

A gordura abdominal é estimada pela medida da cintura, sendo considerada fator de risco para complicações, quando for igual ou maior do que 80 centímetros para mulheres e 94 centímetros para homens adultos (WHO, 2003).

2 DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

O limite entre o peso normal e obesidade é muito variável e podem ocorrer diferenças de acordo com a população em estudada. Os métodos mais utilizados para diagnosticar a obesidade estão no quadro 01, porém os métodos mais utilizados são: comparação do peso atual com as tabelas de peso ideal para a altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e Medida de Gordura Subcutânea: prega tricipital, bicipital, subescapular e supra-ilíaca. O percentual de gordura total é obtido segundo o resultado da soma das quatro pregas cutâneas mencionadas (WAITZBERG, 2001).

Quadro 01 - Métodos mais utilizados para diagnosticar a obesidade**

- Tabelas de peso x altura
 - Índice de massa corpórea
 - Medida da espessura das pregas cutâneas
 - Impedância bioelétrica (de freqüência única)
 - Espectroscopia bioelétrica (de frequência única)
 - Condutibilidade elétrica corpórea total (Tobec)
 - Absorciometria dual de raios X (DXA)
 - Índice cintura-quadril*
 - Ultra-sonografia*
 - Tomografia computadorizada*
 - Ressonância magnética*
 - Potássio corpóreo total
 - Água duplamente marcada
-

* Permitem medir distribuição regional de gordura

** Extraído de HALPERN, 1998

O IMC, cuja classificação se observa no quadro 02, é a medida mais utilizada, porém este método ignora a distribuição regional da gordura. Em indivíduos que têm a massa muscular hipertrofiada (esportista, atletas, fisiculturista, etc) vão ter esta medida superestimada.

Quadro 02- Classificação da obesidade, de acordo com o Índice de Massa Corporal (WHO, 2003)

IMC	CLASSIFICAÇÃO
Abaixo de 18.5	Baixo peso
20-25	Normal
25.0 - 29.9	Sobre peso
30.0 e acima	Obeso
Acima de 40	Muito obeso

3 CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

Existem duas possíveis maneiras de classificar indivíduos com sobre peso e obesidade: uma anatômica e outra etiológica.

3.1 Classificação anatômica

Uma classificação relacionada às características anatômicas do tecido adiposo e da distribuição da gordura corporal. Pode basear-se no número de adipócitos e na distribuição regional da gordura ou nas características dos depósitos localizados de gordura.

Número de células adiposas - O número de células adiposas pode ser estimado na quantidade total de gordura corporal e tamanho médio do adipócito. Como as células adiposas diferem em tamanho de acordo com a região do corpo, uma estimativa confiável do número total de adipócitos deve basear-se no tamanho médio celular de mais de uma localização. Em adultos, a quantidade máxima normal de adipócitos varia de 40 a 60 bilhões de células. O número de células adiposas aumenta mais rapidamente durante o período pré puberal tardio e a puberdade, mas pode elevar-se mesmo na idade adulta. O número de células adiposas pode aumentar três a cinco vezes quando a obesidade ocorre na infância ou adolescência.

A obesidade hiperplástica (isto é, obesidade com aumento do número de células adiposas) pode apresentar graus variados de tamanho das células. Este tipo de obesidade, em geral, começa no lactente e na infância, mas pode também ocorrer em adultos. Um aumento do número de adipócitos, em geral, ocorre em indivíduos com IMC maior que 40Kg/m^2 .

A obesidade hipertrófica (isto é, obesidade com aumento do tamanho de células adiposas, mas sem aumento do número) tende a correlacionar-se com distribuição central ou truncal de gordura e freqüentemente associa-se a doenças metabólicas, como intolerância à glicose, dislipidemia, hipertensão e doença arterial coronariana.

Distribuição da gordura - A distribuição de gordura corporal pode ser estimada por inúmeras técnicas, sendo um critério de avaliação do risco de doenças associadas à obesidade (quadro 03). O depósito de gordura pode estar localizado na região abdominal, no tronco, o que define a obesidade tipo *andróide*, superior (de *upper*), central, ou em maçã (*apple*), mais freqüente, mas não exclusiva, do sexo masculino, ou pode estar mais concentrada na região do quadris, o que define a obesidade do tipo

ginóide, inferior, periférica, subcutânea, glúteo-femoral, ou em pêra, mais freqüente, mas não exclusiva do sexo feminino.

Quadro 03 - Métodos utilizados para diagnosticar a distribuição de Gordura Corporal

Medida do maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca

Relação cintura-quadril

Absorciometria dual de raios X (DXA)*

Ultra-sonografia*

Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética*

* Métodos de uso experimental e de uso limitado na prática clínica

* Extraído de MANCINI, 2002

A obesidade andróide apresenta maior correlação com doenças cardiovasculares e doenças metabólicas do que a obesidade do tipo ginóide, que apresentam maior incidências de doenças vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos (MANCINI, 2002).

Atualmente a medida da circunferência abdominal tem mostrado ser suficiente para estabelecer risco para doenças cardiovasculares, sendo considerados os limites normais, a circunferência menor do que 95 centímetros para homens e menor do que 80 centímetros para mulheres (MANCINI, 2001).

3.2 Classificação etiológica

A obesidade parece ter uma origem tanto genética quanto ambiental, envolvendo excesso de ingestão calórica (provavelmente também, um aumento na porcentagem de gordura na dieta), baixa atividade física, fatores econômicos e sociais, além de alterações metabólicas e hormonais.

A causa básica da obesidade é o desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, mas os mecanismos fisiopatológicos que levam a este desequilíbrio ainda não estão totalmente esclarecidos. A classificação etiológica abrange vários fatores que podem estar associados ao ganho de peso, como: obesidade neuroendócrina (obesidade hipotalâmica, síndrome de Cushing, hipotireodismo, síndrome dos ovários policísticos e deficiência de hormônio de crescimento), ganho de peso induzido por medicamento (tabela 04), cessação de

tabagismo, vida sedentária, alimentação, fatores psicológicos e sociais, fatores étnicos e sociais, doenças genéticas e congênitas.

Quadro 04 – Medicamentos que causam ganho de peso

Antipsicóticos (fenotiazinas e butirofenonas)	Clorpromazina, tioridazina, tifluoperazina, mesoridazina, promazina, mepazina, perfenazina, proclorperazina, haloperidol, laxapina
Antidepressivos	Amitriptilina, imipramina, doxepina, feneclizina, amoxapina, desipramina, trazodona, trancipromina, lítio
Antiepiléticos	Valproato, carbamazepina
Esteróides	Glicocorticoides, acetato de megestrol
Antagonistas adrenérgicos	Antagonistas alfa-1, antagonistas beta-2 (fraco)
Antagonistas serotoninérgicos	Cipro-heptadina
antidiabéticos	Insulina, sulfoniluréias

Extraído de MANCINI, 2001

A correta classificação da obesidade é fator importante no tratamento da doença, auxiliando na definição das metas, a serem alcançadas. O quadro 05 traz os principais aspectos da distribuição e características do tecido adiposo (SEGAL).

Quadro 05 - Distribuição e características do tecido adiposo

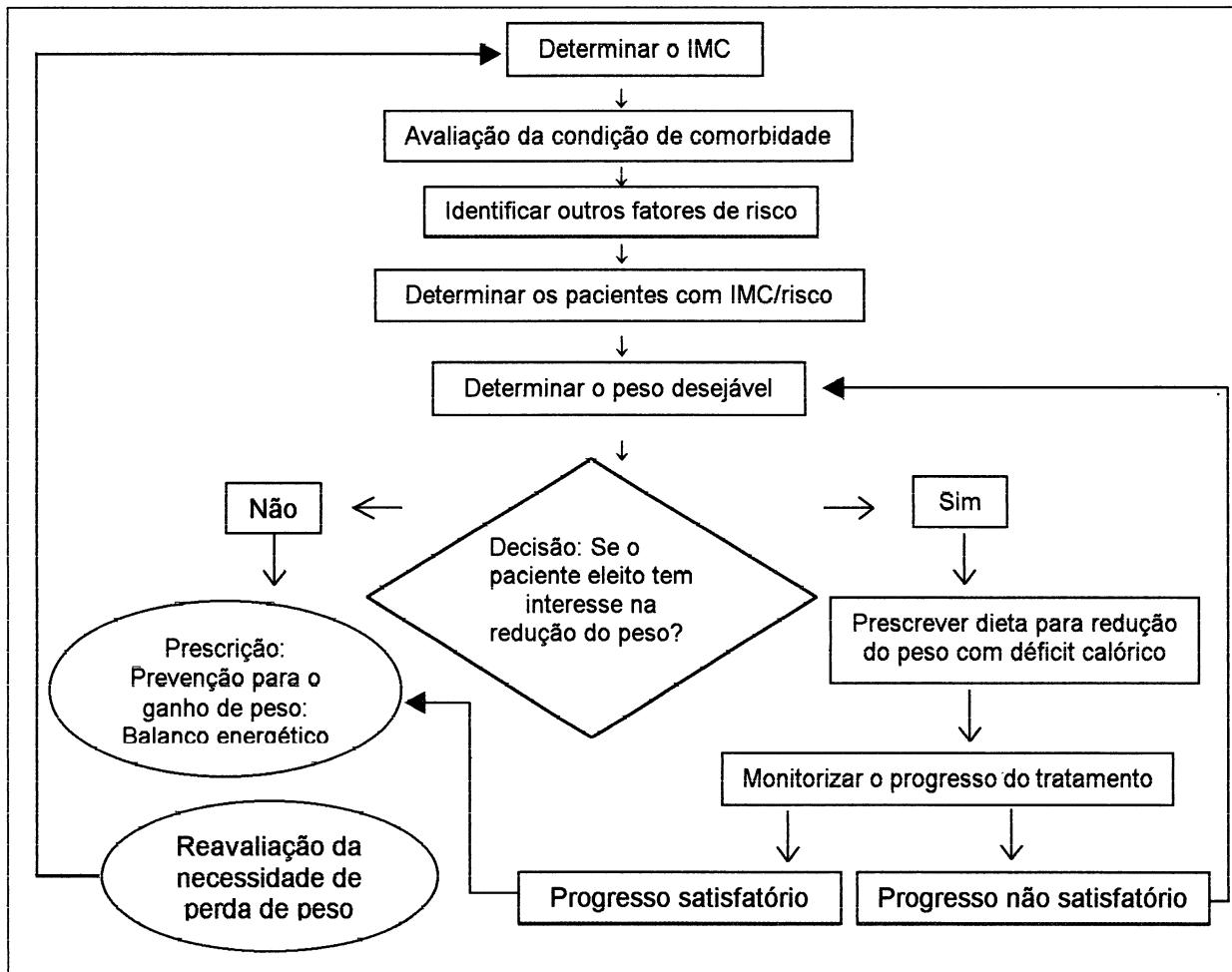
Características	Hipertrófica	Hiperplástica/combinada
Gravidade da obesidade	Menor, até 30 Kg de gordura corporal	Maior (obesidade mórbida, por exemplo)
Resposta ao tratamento clínico (adultos)	Mais responsiva à dieta e exercícios físicos. Melhor manutenção da perda de peso, à longo prazo.	Pobre, em casos extremos está indicada a cirurgia bariátrica.
Início do quadro	Mais tardio, gravidez	Mais precoce, mas pode se iniciar na vida adulta.
Distribuição predominante do tecido adiposo	Andróide, em forma de maçã (abdominal)	Ginóide, em forma de pêra (quadrí e pernas)
Disfunções metabólicas e clínicas associadas (HAS, DM, colesterol e triglicerídeos)	Maior número	Menor número

*Extraída de SEGAL

4 TRATAMENTO DIETÉTICO DA OBESIDADE

Uma das escolhas de tratamento da obesidade citado por Waitzberg, 2003, é segundo o Guidance for Treatment of adult Obesity of Shape Up American Obesity Association 1997 que propôs um fluxograma (quadro 06) para o auxílio na seleção dos pacientes candidatos a dietas hipocalóricas.

Quadro 06 – Fluxograma para Tratamento da Obesidade



* Extraído de WAITZBERG, 2001.

A redução de peso através da dieta, exercícios físicos ou tratamento medicamentoso desencadeia alterações compensatórias no apetite e gasto energético, fazendo com que a manutenção de um perda superior a 5% a 10% do peso seja muitas vezes improvável no grande obeso. A recuperação do peso constitui um dos grandes temores do paciente obeso e fica na ordem de 30 a 35% da perda de peso 1 ano após o tratamento; e em torno de 50% dos pacientes recuperaram o peso em 5 anos (CABRAL, 2001)

A dieta baixa em calorias e atividade física são a primeira escolha de tratamento da obesidade. A dieta é semelhante àquela para prevenir a obesidade no que diz respeito à qualidade da dieta. Quantitativamente, no entanto, ela deve ser hipocalórica e depende de fatores como sexo, idade, grau de obesidade e atividade física. Como regra geral, subtraem-se de 500 a 1000 calorias por dia do total de calorias necessárias ao paciente.

Quadro 07 – Resumo das recomendações Dietéticas para a perda de peso

Nutriente	Recomendação	Comentários
Energia (Kcal)	Reducir a ingestão em 500 – 1000 Kcal/dia	Deve contribuir para a perda de peso progressiva (0,5 a 1Kg por semana)
Gordura	20-30% do total de calorias Saturadas: 8%, Monoinsaturadas: 12%, Poliinsaturadas: 10%, Colesterol: não mais que 300mg/dia	Evitar ou reduzir os alimentos concentrados em energia, como queijos maduros, alimentos gordurosos, embutidos, aperitivos, chocolates, produtos de confeitoraria, guloseimas e outros.
Carboidratos	50-60%	Carboidratos complexos e ricos em fibras: 40-50% Simples (de absorção rápida): 10-15%
Proteínas	15% do total de calorias	Dar preferência a carnes magras, grelhadas e sem a pele.
Álcool	Não é aconselhável	Utilizar o mínimo possível.
Fibras	20 – 30 g/dia	Selecionar os alimentos ricos em água e fibras como vegetais, frutas, carnes magras (preferencialmente peixe e frango) e cereais não processados.

*Extraído de CABRAL, 2001.

Sendo a perda de peso ocasionada pelo balanço calórico negativo, não é dependente da proporção dos nutrientes, embora a gordura deve ser de, no máximo, 30% (principalmente as mono e polinsaturadas), 10% a 20% de proteínas e o restante de carboidratos, dando preferência aos complexos. No quadro 07 temos o resumo das recomendações dietéticas mais utilizadas.

A atividade física deve ser a mais prazerosa e a que melhor se encaixa ao perfil do indivíduo, mas 30 minutos de atividade física programada por dia parece ser suficiente para ajudar no tratamento da obesidade (HALPERN, 2001).

Algumas estratégias, demonstradas no quadro 08, podem ser utilizadas para vencer as barreiras que impedem a prática da atividade física.

Quadro 08 – Barreiras e Estratégias para a Prática de Atividade Física

Barreira	Estratégia
Falta de tempo	<ul style="list-style-type: none">- Caminhadas de 10 minutos nos intervalos.- Reduzir em 30 minutos o tempo assistindo TV ou no computador e exercitar neste período.- Usar escadas no lugar do elevador.- Estacionar o carro mais distante do local de entrada.- Andar no shopping.- Subir escadas.
Tempo chuvoso	<ul style="list-style-type: none">- Fazer atividades em casa: varrer e arrumar a casa, limpar o carpete.- Planejar atividades com a família: andar de bicicleta, fazer caminhadas, etc.- Escolher atividades ao ar livre.- Escolher atividades como ir a museus, parques.- Escolher férias ativas.- Nadar na piscina, caminhar na praia.
Feriados/férias	<ul style="list-style-type: none">- Lembrar que a atividade física aumenta a disposição.- Estabelecer inicialmente metas pequenas, pois mais fácil de cumpri-las.- Utilizar músicas animadas para estimular o exercício.
Fadiga	

*Extraído de CABRAL, 2001.

4.1 DIETAS DA MODA

A cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso, particularmente durante o período de mudanças físicas e início do desenvolvimento de características sexuais secundárias próprias da adolescência. A adolescente, sob pressão de valores presentes na sua cultura, supervaloriza seu tamanho corporal, o que pode levá-la a práticas danosas à sua saúde (CRISP, 1984).

A necessidade imperiosa de perder peso leva as pessoas a tentarem soluções milagrosas e a “indústria das dietas” faz disto uma rica fonte de dinheiro, pois gera muitos bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (WOLF, 1992). Os livros de auto-ajuda encontram-se entre os melhores em venda no mundo inteiro.

As dietas aparecem normalmente no “boca a boca” (dieta da USP, dieta da sopa, dieta da lua, dieta dos sucos, etc), mas também existem as que ganham teor científico e dentre elas podemos destacar algumas:

Dieta de Pritikin Inicialmente exigia restrição total de gordura, (liberando parcialmente nos últimos anos as gorduras insaturadas) e alto consumo de carboidratos. Incentiva a prática de exercícios físicos.

Dieta Revolucionária do Dr. Atkins Exige um alto consumo de gorduras, principalmente as de origem animal e baixíssimo consumo de carboidratos.

Dieta da American Heart Association Prega um baixo consumo de gordura e alto consumo de carboidratos.

Dieta do Dr. Dean Ornish Exige restrição total de gorduras e libera o consumo de carboidratos. Também recomenda exercícios físicos e técnicas de relaxamento.

Dieta de South Beach Incentiva o consumo de gorduras insaturadas e restringe carboidratos no começo da dieta e depois libera os carboidratos complexos (AGATSTON,2003).

5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA OBESIDADE

Sendo a obesidade uma doença crônica, foi proposto que o tratamento medicamentoso a longo prazo seria necessário mesmo após a estabilização do peso, como acontece com as demais doenças crônicas. O objetivo do tratamento é reduzir o peso corporal, manter o peso saudável e prevenir a recuperação posterior do peso (CABRAL,2001). No quadro a seguir temos os principais medicamentos liberados no Brasil para a perda de peso.

Quadro 09 – Perfil Farmacológico dos Medicamentos Liberados no Brasil

Grupo	Substâncias	Mecanismo de Ação	Dose (mg/dia)	Efeitos adversos
Catecolaminas	Femproporex	↓ ingestão	20 – 40	Boca seca, insônia, taquicardia e ansiedade
	Anfepramona	↓ ingestão	40 - 75	Idem ao Femproporex
	Mazindol	↓ ingestão	10-03	Idem ao Femproporex
Serotoninérgicos	Fluoxetina	- ↓ Compulsão - Melhora dos sintomas depressivos	20 - 60	Cefaléia, insônia ou sonolência, redução da libido.
	Sertralina	- ↓ Compulsão - Melhora dos sintomas depressivos	50 - 150	Idem Fluoxetina.
	Fenfluramina	↓ ingestão de gordura e carboidrato	60 - 120	Sonolência, pesadelos e diarréia.
	Dexfeluramina	↓ ingestão de gordura e carboidrato	30	Idem fenfluramina. Pode causar hipertensão pulmonar.
Serotoninérgicos e noradrenérgicos	Sibutramina	↑ Aumenta a atividade termogênica	10 - 20	Boca seca, constipação intestinal e eventualmente, aumento da pressão arterial e taquicardia.
	Orlistat	↓ absorção de gordura	240 - 360	Flatulência, incontinência, urgência fecal, diarréia. Má absorção de vitaminas lipossolúveis.
	Rimonabant (em teste)	↓ ingestão	20	
	Efedrina (+ metilxantinas)	↑ Aumenta o gasto energético	60	
	Fenilpropanolamina	↑ Aumenta o gasto energético	75	

6 TRATAMENTO CIRÚRGICO

Este tratamento é reservado para indivíduos com obesidade mórbida, ou seja, aqueles que apresentam IMC superior a 40Kg/m². Os candidatos à cirurgia são cuidadosamente selecionados através de avaliação por equipe multidisciplinar, composta por endocrinologista, nutricionista, psicólogo e cirurgião.

7 DEPRESSÃO

7.1 DEFINIÇÃO

O termo depressão é usado há muito tempo na medicina, não somente na psiquiatria. Ao longo dos séculos, depressão foi, entretanto, usada para designar estados bastante diferentes. Hipócrates já havia descrito no século IV a.C. seis tipos de doença mental, entre eles a melancolia. Este termo foi traduzido no mundo ocidental como *depremere*, que significa “pressiona para baixo”.

Depressão em psiquiatria significa hoje uma patologia do humor que de uma forma direta necessita ser identificada e tratada. Não está relacionada ao caráter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo. Estão presentes pensamentos constantes de cunho negativo, diminuição no prazer e ânimo para as atividades cotidianas e de lazer e perda da capacidade de planejamento para o futuro (CORDÁS, 1998).

Ansiedade é uma antecipação receosa de algo desagradável que no futuro se apresentará. Depressão é uma reação a uma perda – isto é, a um evento desagradável que ocorreu no passado. Ambos os estados são companheiros inevitáveis, ainda que não desejados, da vida do homem sobre a terra; ambos representam sintomas proeminentes na totalidade do espectro das desordens psiquiátricas; ambos são estados do ser agudamente penosos (NEMIAH, 1981)

7.2 CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO (SINTOMAS)

- Disforia – A maioria dos pacientes descreve sensações de tristeza, “baixo astral” e “fossa”. Alguns pacientes sentem-se meramente ansiosos e irritáveis.
- Sentimentos de desesperança ou desamparo – Os pacientes deprimidos geralmente sentem que nada os tirará do fundo do poço.
- Perda do prazer pelo trabalho, lazer e relacionamentos pessoais, incluindo a atividade sexual.
- Alterações no peso e apetite – A maioria das pessoas deprimidas perde o apetite e pode perder o peso; com menor freqüência observa-se uma

ingestão aumentada de alimentos e ganho de peso, embora seja relatado pouco prazer no ato de comer.

➤ Insônia – A diminuição total no tempo total de sono associada com a insônia inicial, intermediária ou nas primeiras horas da manhã, é comum. Muitos pacientes tentam, sem sucesso, dormir durante o dia. Uma minoria dos pacientes deprimidos tem hipersonia e dorme 12 horas ou mais por dia.

➤ Retardo psicomotor – é comum, e se manifesta por movimentos fala extremamente lentos, lentificação nas respostas às perguntas e atenção diminuída. Alternativamente, alguns pacientes deprimidos têm agitação psicomotora, manifestada por andar inquieto, torcer de mãos, impaciência, aumento no consumo de cigarros e ansiedade.

➤ Dificuldades cognitivas – Incluem atenção diminuída e incapacidade de completar tarefas e tomar decisões. Este problema pode resultar déficits que podem melhorar com esforços aumentados para fazer com que o paciente atente às questões.

➤ Culpa excessiva até um nível delirante pode ocorrer durante a depressão. Os pacientes deprimidos, freqüentemente, lembram-se de pequenas transgressões ou deslizes envolvendo terceiros e se culpam excessivamente.

➤ A diminuição de energia é comum, algumas vezes com uma variação diurna nos níveis de energia. Os pacientes com depressão maior freqüentemente sentem-se piores pela manhã e sentem-se mais dispostos à tarde ou à noite.

➤ Ideação suicida é muito comum, na depressão. Alguns pacientes deprimidos preocupam-se com a morte, com uma reunião com os entes queridos que já faleceram ou como a família reagirá à sua própria morte.

➤ Preocupação narcisista com funções corporais e preocupações sobre disfunções somáticas são comuns na depressão severa (GAVIRIA , 1995).

7.3 CAUSAS ORGÂNICAS DA DEPRESSÃO

Drogas: Reserpina; Propanolol; L – Dopa; Contraceptivos orais; Corticosteróides; Alfa – metildopa; Abstinência de anfetaminas; Drogas psicotrópicas.

Transtornos endócrinos: Hipertireoidismo; síndrome de Cushing; Síndrome de Addison; Diabetes mellitus; Transtornos imunológicos; Lúpus eritematoso sistêmico.

Transtornos neurológicos: Esclerose múltipla; Tumor do lobo frontal; Encefalite; Cerebrite; Doença de Parkinson; Doença de Huntington; Acidentes cerebrovasculares.

Infecções: Mononucleose; Hepatite; Gripe.

Deficiências vitamínicas: Deficiência de vitamina B12; Deficiência de folato; Pelagra (GAVIRIA , 1995).

Os sintomas da depressão podem ser causadas por baixos níveis de determinadas substâncias químicas no cérebro. Para entender como isto acontece, temos que conhecer o funcionamento do cérebro. Ele é formado por bilhões de células nervosas. Centenas destas células são necessárias para se executar uma ação, até mesmo para se pensar em não fazer nada. Para que estas células trabalhem em conjunto, elas devem se comunicar entre si e o fazem liberando substâncias químicas chamadas neurotransmissoras.

Vários estudos demonstraram que nas pessoas que sofrem de depressão há pouco suprimento de três importantes neurotransmissores – dopamina, serotonina e noradrenalina. Os níveis são baixos nas sinapses, provocando uma comunicação cerebral deficiente e a mensagem que é assim transmitida pode ser a causa de sintomas depressivos (MACKENZIE, 1999).

7.4 OS GATILHOS E CAUSAS DA DEPRESSÃO

O estresse pode levar à depressão, seja quando aparece na forma de um acontecimento repentino e devastador ou existe a longo prazo. A depressão é seis vezes mais freqüente após os seis primeiros meses que se seguem a um evento notadamente estressante. O estresse pode tornar uma pessoa mais predisposta ao desenvolvimento da depressão ou pode desencadeá-la.

As doenças físicas podem provocar a depressão. O choque advindo da descoberta de ser portador de uma doença séria pode levar à perda de confiança e de auto – estima e daí para a depressão. Há também um elo entre as doenças viróticas: uma epidemia de influenza é geralmente seguida por uma epidemia de depressão. Ainda não está bem claro como um vírus causa depressão, mas uma

teoria é que o vírus usa os suprimentos de vitamina do corpo, acabando por enfraquecê-lo. Alguns medicamentos que são prescritos podem causar a depressão e drogas como álcool também tem um efeito direto no cérebro (MACKENZIE, 1999).

7.5 DIAGNÓSTICO

Pela intensidade e número dos sintomas, o transtorno depressivo pode ser classificado em leve, moderado ou grave. O grau de sofrimento e prejuízos causados por estes sintomas são aspectos utilizados para a determinação da gravidade e, consequentemente, para a instituição correta do tratamento. Quando há ocorrência repetida de sintomas no decorrer da vida do indivíduo pode classificar a depressão como episódio depressivo recorrente.

Uma das situações de maior risco de ocorrência de depressão é o período puerperal (em até 10% dos partos), muitas vezes por influência de fatores hormonais e de delicado manejo terapêutico (CÓRDÁS, 1998).

Inventário para a Depressão de Beck

O Inventário para a depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), é o questionário auto-aplicável mais utilizado internacionalmente para quantificar os sintomas depressivos em pessoas normais e enfermas. No âmbito profissional, vale ressaltar que os estudos feitos nos últimos dez anos no Estados Unidos, indicam que o BDI se encontra entre os testes mais utilizados (SANZ, 1998).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Doenças clínicas e debilitantes podem ser confundidas com a depressão quando causam caquexia, perda de energia e ânimo. Os pacientes com doenças clínicas podem realmente estar deprimidos, seja pela condição em si ou pelo uso de medicamentos utilizados para o tratamento. O diagnóstico nestes casos é de depressão secundária, sendo necessária a introdução de medicação antidepressiva.

O uso de substâncias psicoativas pode causar depressão, sendo também esta classificada como secundária (CORDÁS, 1998).

7.6 TIPOS DE DEPRESSÃO

Depressão Leve Na depressão leve, o “baixo-astral” pode ir e voltar e a doença freqüentemente se inicia após um acontecimento estressante específico. A pessoa pode sentir ansiedade ao mesmo tempo em que se sente por baixo. As mudanças do modo de vida são, freqüentemente, os últimos meios para sustar este tipo de depressão.

Depressão Moderada Na depressão moderada, o “baixo-astral” é persistente e, além disso, a pessoa manifesta sintomas físicos, sendo que estes sintomas variam de pessoa para pessoa. As mudanças do modo de vida não podem, por si só, produzir resultados e o auxílio médico se faz necessário.

Depressão Grave A depressão grave é uma doença na qual os sintomas são intensos e que põe em risco a vida de uma pessoa. A pessoa sente sintomas físicos, delírios e alucinações, é importante que ela consulte um médico o mais rápido possível (CORDÁS, 1998).

7.7 TRATAMENTOS DA DEPRESSÃO

TERAPIAS PSICOLÓGICAS

As terapias psicológicas são o tipo de tratamento mais popular para a depressão principalmente porque elas não adotam medicamentos em comprimidos e porque fazem sentido intuitivamente. Todas as terapias psicológicas envolvem muito tempo e empenho, elas exigem muita energia. Talvez o paciente necessite melhorar sua depressão com medicamentos antidepressivos antes de considerar o tratamento psicológico.

Elas podem ser mais facilmente divididas em terapias de curta duração, que duram no máximo seis meses, terapias a longo prazo, que duram mais tempo, e

aconselhamento. As terapias de curta duração geralmente consistem de 4 a 20 semanas de sessões, cada uma durando uma hora. Nas terapias a longo prazo, são 50 sessões, geralmente semanais, mas talvez sejam necessárias cinco por semana. As terapias de curta duração geralmente tratam de problemas do aqui e agora, enquanto as terapias de longo prazo aprofundam-se no passado para tentar descobrir qual o motivo do paciente ser como é. O aconselhamento é de tempo variável, a partir de uma sessão. Ele não se destina a mudar problemas profundamente arraigados ou tratar a depressão, mas pode ajudar o paciente a livrar – se dos problemas que a causam (MAKENZIE, 1999).

TRATANDO OS DIFERENTES TIPOS DE DEPRESSÃO

Depressão Leve Auto-ajuda, mudanças no estilo de vida e psicoterapia freqüentemente dão resultados. Os medicamentos podem não fazer qualquer efeito. Pesquisas recentes, entretanto mostram que se o paciente tem uma depressão leve por vários anos, uma combinação de antidepressivos e de psicoterapia provoca uma boa melhora.

Depressão Moderada Tanto os medicamentos quanto a psicoterapia podem ser eficazes, dependendo da sintomatologia. Alguns clínicos gerais acreditam que ambos são necessários. Se o paciente acorda muito cedo pela manhã, se a depressão piora durante a manhã, se apresenta perda de apetite, de peso e de interesse nas coisas que costumava apreciar, os antidepressivos terão um efeito positivo. No caso do paciente preferir a psicoterapia, ele necessitará de um monitoramento constante por parte de seu médico. Se houver uma piora, deve-se considerar um tratamento com medicamentos.

Depressão Grave A maioria das pessoas com depressão grave está muito doente para obter algum benefício da psicoterapia e necessita tomar antidepressivos. Os suicidas em potencial precisam urgentemente de auxílio e que estejam em locais seguros. Quando a depressão é caracterizada por delírios e

alucinações, o tratamento específico se constitui de uma combinação de um antidepressivo com um medicamento especial, o antipsicótico (MACKENZIE, 1999).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO

As drogas usadas para o tratamento do quadro, bem como os efeitos benéficos e colaterais das mesmas devem ser levantados com a finalidade de se estabelecer um planejamento terapêutico (CORDÁS, 1998).

Havendo necessidade do tratamento médico, este deve ser direcionado à Depressão e à Ansiedade. A maioria dos clínicos gerais e especialistas não psiquiatras tem recorrido, por várias razões, aos ansiolíticos como primeira opção medicamentosa. Entre as razões dessa escolha estão, principalmente, o hábito e o desconhecimento do manuseio com antidepressivos. Entretanto, sabendo que a Depressão pode estar sendo a base psicofisiológica dos sintomas ansiosos, o mais correto seria iniciarmos o tratamento com antidepressivos; isoladamente ou, conforme o caso, temporariamente associados aos ansiolíticos.

A existência de sintomas físicos em pacientes emocionais exige sempre uma adequada avaliação clínica. Não havendo confirmação clínica e laboratorial das queixas físicas estaremos diante de Quadros Somatiformes, havendo alterações clinicamente constatadas estaremos diante dos Transtornos Psicossomáticos. (BALLONE,2000)

Entre os sintomas determinados ou agravados pelas emoções podemos citar:

- | | |
|---------------------------|--|
| Cardiologia: | Palpitações, arritmias, taquicardias, dor no peito. |
| Gastroenterologia: | Cólicas abdominais, epigastralgia, constipação e diarréia. |
| Neurologia: | Parestesias, anestesias, formigamentos,cefaléia, alterações sensoriais. |
| Otorrino: | Vertigens, tonturas, zumbidos. |
| Clínica Geral: | Falta de ar, bolo na garganta, sensação de desmaio, fraqueza dos membros, falta de apetite ou apetite demais. |
| Ginecologia: | Cólicas pélvicas, dor na relação sexual, alterações menstruais. |
| Ortopedia: | Lombalgias, artralgias, cervicalgias, dor na nuca. |
| Psiquiatria: | Irritabilidade, alterações do sono (demais ou de menos), angústia, tristeza, medo, insegurança, tendência a ficar em casa, pensamentos ruins. |

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Muitas pessoas temem ficar viciadas ou dependentes dos antidepressivos, mas isto não acontece. Os antidepressivos não são como o Valium (diazepam) e não causam dependência. Eles só agem se a pessoa estiver deprimida e não surte efeito se não estiver.

Podemos dividir os antidepressivos em 3 grupos:

- 1- Antidepressivos Tricíclicos (ADT)
- 2 - Inibidores da Monoaminaoxidase (IMAO)
- 3 - Antidepressivos Atípicos

CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

Antidepressivos tricíclicos Os antidepressivos tricíclicos mais utilizados e disponíveis no Brasil (quadro 10) são a Imipramina (Imipra, Tofranil), a Clomipramina (Anafranil), a Amitriptilina (Amytril, Tryptanol) e a Nortriptilina (Pamelor). A Nortriptilina é um antidepressivo tricíclico cujo mecanismo de ação é desconhecido. Inibe a ação de certos neurotransmissores, como a histamina, a serotonina e a acetilcolina, e aumenta o efeito pressor da noradrenalina, mas bloqueia o da fenetilamina. O efeito antidepressivo primário se deve ao bloqueio da recaptura de serotonina e noradrenalina. Efeitos secundários envolvem alterações de receptores pré e pós-sinápticos, além de atuação em outros sistemas de neurotransmissores. Os tricíclicos apresentam também o risco de suicídio, já que uma quantidade suficiente para duas semanas de tratamento pode ser fatal se tomada de uma vez só. A retirada do medicamento deve ser gradativa a fim de evitar náuseas e insônia de rebote." (BALLONE,2003)

Antidepressivos tetracíclicos

MAPROTILINA (LUDIOMIL) O tratamento com Maprotilina não deve ser interrompido sem o conhecimento do médico. Os efeitos indesejáveis de

Maprotilina são leves e transitórios e, normalmente, desaparecem durante o tratamento ou após a redução da dose. Pacientes idosos são mais sensíveis. Ocasionalmente pode ocorrer tontura, dor de cabeça, vertigem, cansaço transitório, sonolência, secura da boca, vermelhidão de pele, urticária (às vezes acompanhada de febre), náuseas, vômitos, alterações da pressão arterial, aumento da freqüência cardíaca, transpiração, aumento de peso. (BALLONE, 2003)

Quadro 10 – Perfil dos medicamentos antidepressivos comumente utilizados.

	Anticolinérgico	*Sedação	Insônia	Hipotensão postural	Náusea	Disfunção sexual	Ganho de peso	Específicos	Inibição de enzimas hepáticas	Letalidade (sobredose)
Tricíclicos										
Amitriptilina	++	++	-	++	-	+	++		++	+++
Clomitramina	++	++	+	++	+	++	+		++	++
Imipramina	++	+	+	++	-	+	+		++	+++
Nortriptilina	+	+	+	+	-	+	-		++	++
ISRS										
Citalopram	-	-	+	-	++	++	-		-	+
Sertralina										
Fluoxetina	-	-	+	-	++	++	-		++	+
Fluvoxamina										
Paroxetina										
Outros IR										
Maprotilina	++	++	-	-	-	+	++	convulsões	?	+++
Venlafaxina	-	-	+	-	++	++	-	Hipertensão	-	+
Reboxetina	+	-	-	-	-	+	-		-	+
Antagonistas de receptor										
Trazodone	-	++	-	++	-	-	+	priapismo	?	+
Nefazodone	+	+	-	+	+	-	++		++	+
Mianserina	+	++	-	-	-	-	-	Discrasia sangüínea	?	+
Mirtazapina	-	++	-	-	-	-	++		-	+
IMAO								Ores		
Tranilcipromina	+	+	++	++	+	++	++	Crise hipertensiva com simpatomiméticos	?	+++
Moclobemida	-	-	+	-	+	-	-		-	+
Anticolinérgico	sedação	insônia	hipotensão	Náusea postural	disfunção	Ganho de sexual	Específicos peso	Inibição de enzimas hepáticas	Letalidade (sobredose)	
Agonistas dopamina										
Bupropion	-	-	++	-	+	-	-		-	+
Amineptina	+	-	++	-	+	-	-	Hepatite	?	+
ERS										
Tianeptina	+	+	-	-	+	-	-		?	+

++: relativamente comum ou forte; +: pode ocorrer ou moderadamente forte; -: ausente ou raro/fraco; ?: desconhecido/informação insuficiente; * Sintomas anticolinérgicos incluindo boca seca, suor, visão borrada, constipação e retenção urinária.

ISRS: Inibidor Seletivo de Recaptação da Serotonina; IR: Inibidor da Recepção; ERS: Estimulador da Recepção da Serotonina.

Inibidores da monaminaoxidase (IMAO) Dificilmente são utilizados como drogas de primeira escolha, apesar de serem muito eficazes em caso de depressão grave, pelo risco de interação com um grande número de medicações e principalmente com alimentos. Os IMAOS disponíveis no Brasil são a trancipramina e a moclobemida.

Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina - ISRSs São medicamentos utilizados como primeira escolha em casos de depressões leves e moderadas (quadro 11), eficientes para o tratamento das depressões e com um menor perfil de efeitos colaterais. Os de uso mais comum: fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina e mirtazapina. (CORDÁS, 1998).

Quadro 11 - ANTIDEPRESSIVOS INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO SEROTONINA – ISRSs (BALLONE,2003)

Nome do Sal	Nome Comercial	Apresentação	Dose média
CITALOPRAM	Cipramil	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia
FLUOXETINA			
FLUVOXAMINA			
NEFAZODONA			
Deprax	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Eufor	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Fluxene	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Nortec	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Prozac	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Verotina	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Luvox	cp. de 100 mg	100 a 300 mg/dia	
Serzone	cp. de 100 e 150 mg	300 a 500 mg/dia	
Aropax	cp. de 20 mg	20 a 60 mg/dia	
Pondera	cp. de 20 mg		
Novativ	cp. de 50 mg	50 a 100 mg/	
Tolrest	cp. de 50 mg		
Zoloft	cp. de 50 mg		

FASES DO TRATAMENTO ANTIDEPRESSIVO

- ✓ Remissão dos sintomas
- ✓ Fase de continuação
- ✓ Fase de manutenção

A Remissão dos Sintomas é apenas o primeiro passo. Na fase aguda do tratamento espera-se uma remissão gradual dos sintomas com restabelecimento da

eutimia (normalização do humor). Para a maioria das drogas antidepressivas esta normalização do humor ocorre de quatro a oito semanas. O tratamento deve manter-se pelo tempo esperado que o quadro depressivo teria se não fosse tratado, ou seja, por volta de seis meses a um ano. Esta fase do tratamento é conhecida como Fase de Continuação e tem como objetivo evitar recidiva, que é definida como o reaparecimento do quadro depressivo antes da completa recuperação do indivíduo.

A Fase de Manutenção é a última parte do tratamento que irá variar de acordo com o antecedente mórbido do paciente em relação ao transtorno depressivo. A suspensão da medicação, quando possível, deverá ser feita de forma gradual e com atenção para possíveis sinais de uma recorrência (CORDÁS, 1998).

ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT)

Eletroconvulsoterapia é um dos tratamentos psiquiátricos mais controvertidos, sendo também um dos mais eficazes. A ECT é geralmente oferecida a pessoas cuja depressão não respondeu aos antidepressivos, a pessoas que estão numa condição de saúde que as impede de tomar antidepressivos ou a pessoas que estão tão gravemente deprimidas e põem em perigo suas próprias vidas. Estudos já demonstraram que a ECT não causa problemas a longo prazo para o cérebro (MAKENZIE, 1999).

PERTURBAÇÃO MUNDIAL

Ranking da tristeza Acabam de ser divulgados os dados preliminares do maior levantamento já feito sobre saúde mental no mundo. Coordenado pela Organização mundial de Saúde (OMS) e pela Universidade Harvard, The Journal of the American Medical Association (JAMA) e contou com a participação de quase 60500 homens e mulheres adultos de quatorze países – o Brasil não está incluído no estudo. O índice de vítimas de distúrbios psiquiátricos é mais alto do que o estimado. Em média, 13% das pessoas haviam sido acometidas por algum tipo de doença mental no ano anterior à enquete. De todos os transtornos um dos mais prevalentes e o que mais preocupa os médicos é a depressão.

Os cinco países com a maior porcentagem de deprimido, segundo esse estudo: Estados Unidos 10%; Ucrânia 9%; França 9%; Holanda 7%; Colômbia 7% (JAMA - 2004).

8 TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma nova categoria diagnóstica de transtorno alimentar, descrita no Apêndice B do DSM IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) (PAPELBAUM, 2001).

Algumas pessoas desenvolvem um quadro de hiperfagia (comem demais) quando estressadas. Trata-se de uma tentativa do organismo em compensar a necessidade aumentada de glicose, a qual é consumida exageradamente nos casos de tensão emocional acentuada. Algumas dessas pessoas até se queixam da necessidade constante ou periódica, de consumir grandes quantidades de doces.

Na ansiedade generalizada, além de ser possível que as pessoas tenham as crises de comer doces, como dito acima, outras vezes elas podem ter crises de comer qualquer coisa que faça volume. Chegam até a levantar à noite para limparem a geladeira. Isso pode ser um quadro de Transtorno Alimentar Noturno.

É grande a incidência de Transtorno Alimentar Noturno - de 1 a 3% da população. São as pessoas que se levantam a comer pela noite, ainda que continuam dormidos. Algumas vezes essas pessoas não são conscientes do que fazem e não lembram de nada ao despertar. Quando informadas sobre o que fizeram, negam contundentemente. A despeito desses "assaltos" noturnos à cozinha, a maioria desses pacientes faz regime durante o dia (BALLONE, 2003).

Atualmente, utilizamos o nome compulsão alimentar, mas não raramente encontramos ainda como sinônimo o termo comportamento bulímico. A compulsão alimentar enquanto comportamento observado entre obesos, foi descrita pela primeira vez por Stunkard em 1959, no sentido de uma ingestão de enormes quantidades de comida em um curto espaço de tempo, seguida por sentimentos de desconforto físico e de auto-condenação.

Porém, nas primeiras descrições que datam do século XV, era um sintoma que podia estar presente em diversos transtornos. Desde esta época aparecem descrições de uma forma de apetite voraz, designada com o nome bulimia.

A partir da década de 70, começou-se a pensar na compulsão alimentar como uma síndrome, surgindo relatos de indivíduos que apresentavam-na associada a comportamentos compensatórios para prevenção de ganho de peso" (BORGES, 2000).

O transtorno do comer compulsivo acomete três mulheres para cada dois homens e tem uma prevalência de 2% na população geral e de 30% entre as pessoas obesas que procuram tratamento para emagrecer (STEFANO, 2001).

8.1 DEFINIÇÃO

Dentre os transtornos alimentares, há uma nova categoria diagnóstica proposta pelo DSM-IV, para possível inclusão, denominada transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Encontra-se no Apêndice B do DSM-IV e, até o presente estudo, é diagnosticada nos transtornos alimentares sem outra especificação (STEFANO, 2001).

O comportamento de compulsão alimentar, ou em inglês "binge eating", é atualmente um comportamento específico, definido por um excesso alimentar acompanhado de perda de controle, na qual os pacientes apresentam episódios de voracidade fágica (episódios bulímicos), mas sem se utilizarem de métodos purgativos depois, como acontece na Bulimia Nervosa.

No Transtorno do Comer Compulsivo também não há preocupação mórbida e irracional com o peso e a forma do corpo, assim como acontece na Bulimia e na Anorexia. Estes pacientes são na maioria das vezes obesos e parecem se distinguir de obesos que não apresentam esses episódios de comer compulsivo por apresentarem mais co-morbidade psiquiátrica e pelo fato da obesidade ser de maior gravidade.

Quadro 12 – Outros transtornos alimentares e critérios diagnósticos para TCAP

Transtornos alimentares sem outra especificação	
DSM-IV	CID-10
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preenche critérios para AN, exceto amenorréia 2. Preenche critérios para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal 3. Preenche critérios para BN, exceto para freqüência e cronicidade 4. Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida 5. Mastiga e cospe fora os alimentos 6. Transtorno de compulsão alimentar periódica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AN atípica – um ou mais aspectos-chave da AN está ausente ou tem todos em grau leve 2. BN atípica – um ou mais aspectos-chave da BN pode estar ausente. Ex. Bulimia de peso normal ou excessivo 3. Hipergagia associada a outros distúrbios psicológicos (levando a obesidade) 4. Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos 5. Pica em adultos, perda de apetite psicogênica 6. Transtornos alimentares não especificados
Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica	
<p>Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (Apêndice B)</p> <p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)</p> <p>Comportamentos associados à compulsão alimentar periódica: (pelo menos 3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer rapidamente 2. Comer até sentir-se cheio 3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome 4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida 5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão <p>Acentuada angústia pela compulsão alimentar</p> <p>Freqüência e duração da compulsão alimentar: média de dos dias/semana por seis meses</p> <p>Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. purgação)</p>	

(BORGES,2000; CLAUDIO,2002)

8.2 DIAGNÓSTICO

Os instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares (TA) surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos nas várias edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM - e da Classificação Internacional das Doenças - CID - (FREITAS,2002)

No Apêndice B do DSM-IV (quadro 12) há uma nova categoria diagnóstica proposta para possível inclusão dentre os transtornos alimentares, na dependência de pesquisas que demonstrem ser essa uma entidade diagnóstica distinta da

anorexia nervosa e da bulimia nervosas. Essa nova categoria é denominada Transtorno da Compulsão Periódica - TCAP (Binge Eating Disorder – BED, em inglês) e encontra-se, até o presente momento, entre os “Transtornos alimentares sem outra especificação”. Apesar disso, esse diagnóstico é atualmente bastante utilizado na prática clínica. Sua caracterização baseia-se na presença de compulsão alimentar, com subsequente angústia por tal comportamento.

Em 1991, Spitzer publicou um artigo no International Journal of Eating Disorders defendendo a validade deste diagnóstico e solicitando que se realizassem mais pesquisas sobre o TCAP, para que o grupo encarregado da elaboração do DSM-IV pudesse julgar pela inclusão ou não desta nova categoria diagnóstica.

O TCAP foi então incluído no Apêndice B do DSM-IV, designado para categorias diagnósticas que ainda requerem ser melhor estudadas. Os critérios ali propostos para o diagnóstico do “Transtorno da compulsão alimentar periódica” requerem a presença de:

- a. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica (“binge eating”) é caracterizado por ambos dos seguintes critérios: 1 – ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas 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 episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o quê ou quanto se está comendo).
- b. Os episódios de compulsão periódica (“binge eating”), estão associados a 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, por embaraço pela quantidade de alimentos que consome; 5 – sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.
- c. Acentuada angústia relativa à compulsão periódica.
- d. A compulsão periódica ocorre, pelo menos dois dias por semana, durante seis meses. O método de determinação da freqüência difere daquele usado para a bulimia nervosa; futuras pesquisas devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de freqüência, isto é, contar o

número de dias nos quais ocorre a compulsão ou contar o número de episódios de compulsão periódica.

A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

No quadro a seguir apresentamos as características principais das três categorias de transtorno alimentar.

Quadro 13 – Características principais dos transtornos alimentares (BORGES,2002)

	Compulsão alimentar	Comportamentos compensatórios	Freqüência mínima comport. Compens.	Auto-avaliação baseada forma/peso corpo	Amenorréia
TCAP	+	-	2x/sem 6 meses	-	-
BN	+	+	2x/sem 3 meses	+	-
AN	+ ou -	+ ou -	-	+	+

+ = presença - = ausência + ou - = presença ou ausência; BN: Bulimia nervosa; AN: Anorexia nervosa
TCAP: Transtorno da compulsão alimentar periódica

8.3 TRATAMENTO

Os pacientes com TCAP têm recebido basicamente 3 tipos de tratamento: psicoterapia, farmacoterapia e, principalmente, participação em programas de redução de peso que ignoram o problema do transtorno (STUNKARD, 2003).

Tratamento psicológico Compreende programas semanais por períodos superiores a 20 semanas, de Terapia Cognitiva Comportamental que enfoca o distúrbio e a problemática cognitiva, atitudes associadas a alimentação, imagem corporal e peso.

Não se verificou redução significativa de peso no tratamento psicológico.

Farmacoterapia As drogas mais estudadas no tratamento do TCAP são os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina,

fluvoxamina, paroxetina, sertralina) e o tricíclico imitramina. Conforme HUDSON, 2003 as recomendações para o tratamento do TCAP com antidepressivos são:

1. antidepressivos podem ser considerados como uma opção para todos pacientes com TCAP, principalmente para aqueles que não responderam aos tratamentos psicossociais.
2. começar com um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina ou sertralina).
3. estar preparado, se necessário, para conduzir um mínimo de três testes com antidepressivos, no sentido de obter a melhor resposta.
4. usar doses de medicação e duração de tratamento similares àquelas utilizadas no tratamento da bulimia nervosa e da depressão maior.

As doses podem ser elevadas gradualmente a cada duas a três semanas, observando seus efeitos sobre o comportamento alimentar compulsivo, assim como o efeito sobre o humor. A droga mais utilizada tem sido a fluoxetina (Prozac, Fluxene, Daforin, Eufor, Verotina), sendo que estudos em pacientes bulímicas apontam diferenças significativas sobre a compulsão alimentar quando se utiliza 60 mg diários frente à dose de 20 mg. Não existem estudos sobre quando interromper o tratamento de forma definitiva. Recomenda-se seguir o tratamento por no mínimo um ano após a remissão dos sintomas. Algumas drogas utilizadas para obesidade têm sido testadas mais recentemente e apontam para resultados favoráveis sobre o comportamento compulsivo; é o caso da sibutramina (Reductil e Plenty), na dose de 10 mg a 15 mg diários. No entanto, deve-se atentar para interações medicamentosas, já que obesos, por várias vezes, fazem usos de outras drogas ou apresentam comorbidades clínicas (como hipertensão).

Caso o paciente esteja utilizando um IMAO (inibidor da monoamino-oxidase), deve-se respeitar o período mínimo de intervalo de 15 dias entre a retirada desse inibidor e a introdução de outro antidepressivo (STEFANO, 2001).

Programas de redução de peso Obesos com compulsão alimentar são freqüentemente encontrados em programas para perda de peso e lá recebem tratamento igual ao de um obeso sem compulsão alimentar. Porém, a especificidade deste paciente deve ser levada em conta para que o tratamento tenha sucesso, já

que as compulsões são extremamente danosas a qualquer tentativa de perda de peso; num só momento o indivíduo pode ingerir mais de 5.000 calorias.

A orientação deve centrar-se inicialmente na diminuição da freqüência de compulsão alimentar e posteriormente no emagrecimento. Sintomas depressivos necessitam ser tratados, assim como uma dieta flexível deve ser adotada em conjunto com a introdução de exercícios regulares.

O conceito de compulsão alimentar é bastante antigo e, apesar de suas diversas reformulações, descreve um tipo de comportamento alimentar que diferencia os obesos: os que apresentam a compulsão alimentar têm padrões de peso e dieta e psicopatologia associada mais graves do que os que não o apresentam e necessitam de diferentes formas de tratamento.

Deve-se lidar com estes pacientes desmistificando o tratamento. Para tanto, são fornecidas informações precisas e claramente embasadas sobre o tratamento, salientando não se tratar de um programa dietético, mas sim um programa que objetiva promover mudanças de comportamento que sustentem a consecução e a manutenção de um peso saudável, compatível com a realidade.

O paciente é orientado a registrar no diário alimentar a quantidade, qualidade, local e horário de cada uma das refeições, assim como qualquer ingestão alimentar fora delas.

- Intervalos regulares para refeições, evitando-se intervalos de mais de quatro horas entre as refeições;
- Fazer compras com lista preparada;
- Não fazer compras de estômago vazio;
- Fazer uma lista com alternativas incompatíveis com o comer (andar de bicicleta, ligar para um amigo e outras).
- Descansar o talher entre uma garfada e outra;
- Fazer as refeições em um só local da casa;
- Fazer as refeições em companhia de alguém

Objetivos do tratamento

O objetivo do tratamento do TCAP é evitar as recaídas, que são comuns, dando ao paciente suporte para que ele tenha sucesso.

Deve ser gradual e seguir alguns estágios.

PRIMEIRO ESTÁGIO:

- Estabelecimento de uma auto-monitorização por parte do paciente, através de um recordatório detalhado de toda a ingestão alimentar diária (diário alimentar), incluindo também sensações, pensamentos e sentimentos envolvidos com cada refeição.
- Estabelecimento de um padrão alimentar regular saudável para dificultar os ECAs (episódios de compulsão alimentar).
- Discussão de alternativas para ajudar a resistir ao desejo de comer compulsivamente (ECAs). Juntamente com o paciente, pensar formas de fugir das tentações e das situações que levam aos ECAs, como por exemplo, combinar uma caminhada no parque com as amigas ao invés de ficar em casa assistindo TV
- Educação sobre alimento, alimentação, forma física, saúde e peso corporal saudável.

SEGUNDO ESTÁGIO:

- Eliminar todos os aspectos que envolvem restrição alimentar, como conceitos de “alimentos proibidos na minha dieta”.
- Desenvolvimento de estratégias para lidar com as dificuldades que podem desencadear os ECAs, como por exemplo, identificar e solucionar as questões que causam ansiedade e/ou depressão e levam o paciente aos ECAs.
- Identificação e recusa dos pontos de vista problemáticos na maneira de pensar do paciente, através do trabalho com esses pensamentos e desenvolvimento de novas perspectivas.
- Identificar e considerar a origem do transtorno da compulsão alimentar periódica e todos os fatores sociais e familiares envolvidos.

TERCEIRO ESTÁGIO:

- Planejamento do que será priorizado e utilizado no futuro, incluindo ter expectativas realistas e estratégias a serem usadas, caso aconteçam recaídas (RAYNOR, 1996).

III OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a prevalência de depressão em obesas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Conhecer o estado nutricional da população em estudo;
- ✓ Identificar a existência ou não de uma correlação das doenças crônicas e a depressão;
- ✓ Identificar a prevalência de depressão na população em estudo;
- ✓ Observar a freqüência de TCAP entre os pacientes e sua associação com a depressão
- ✓ Verificar os sintomas/tratamento da depressão e as possíveis interferências com a alimentação.

IV MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado entre os meses de abril e julho de 2004. Fizeram parte do estudo 30 mulheres entre 28 e 69 anos de idade, que foram incluídas a partir do IMC $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$. Foram feitas entrevistas aplicando 5 questionários que estão em anexo (avaliação nutricional, questionário de freqüência alimentar, BDI, QEWP-R e classificação econômica)

Os quatro últimos questionários eram de auto-avaliação e auto-aplicáveis. Se o entrevistado não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador relia a pergunta de forma lenta, sem utilizar outras palavras, evitando a modificação do sentido final. Os questionários foram aplicados numa entrevista única. Ao receber o questionário, a pessoa era informada sobre os objetivos do estudo e a confidenciabilidade dos dados (termo de consentimento em anexo).

O questionário de freqüência alimentar é uma revisão retrospectiva da freqüência de ingestão, isto é, alimento por dia, por semana ou por mês. Para facilidade de avaliação, a freqüência alimentar organiza os alimentos em grupos que têm nutrientes em comum (MAHAN, 1998).

O método utilizado para diagnosticar depressão foi o Inventário de depressão de Beck (Beck Depression Inventory - BDI) aplicado a todas as pacientes do estudo, cujas categorias avaliadas estão abaixo descritas:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Humor | 12. Retração social |
| 2. Pessimismo | 13. Indecisão |
| 3. Sensação de fracasso | 14. Imagem corporal |
| 4. Necessidade de satisfação | 15. Inibição no trabalho |
| 5. Sentimento de culpa | 16. Distúrbio do sono |
| 6. Sensação de punição | 17. Fatigabilidade |
| 7. Odeio-me | 18. Perda do apetite |
| 8. Acusações | 19. Perda de peso |
| 9. Desejo de auto punição | 20. Preocupação somática |
| 10. Acesso de choro | 21. Perda da libido |
| 11. Irritabilidade | |

O BDI consta de 21 perguntas para avaliar a intensidade da depressão. Em cada uma das questões é necessário escolher a frase, entre as quatro frases existentes, que mais se aproxima a seu estado de ânimo na última semana, incluindo o dia em que completa o questionário. A soma dos valores atribuídos a

cada uma delas resultará na pontuação para classificar a depressão. Cada questão tem valores de 0 a 3 pontos, de acordo com a frase escolhida. A pontuação total das 21 questões varia de 0 a 63. No caso da pessoa escolher mais de uma alternativa na mesma questão, considera-se a que tiver maior gravidade.

Quadro 14 – Classificação da depressão de acordo com o Inventário de Beck (BECK, 1993)

Pontuação	Classificação
0 – 9	Mínima
10 – 16	Leve
17 – 29	Moderada
30 - 63	Grave

No estudo foi determinado como ponto de corte da classificação para a depressão 10 pontos, ou seja, a partir da classificação leve descrito anteriormente no quadro 14. Clinicamente, os pacientes que têm um número de pontos ≥ 16 no BDI são consideradas com depressão e a partir disso recomenda-se assistência médica psiquiátrica.

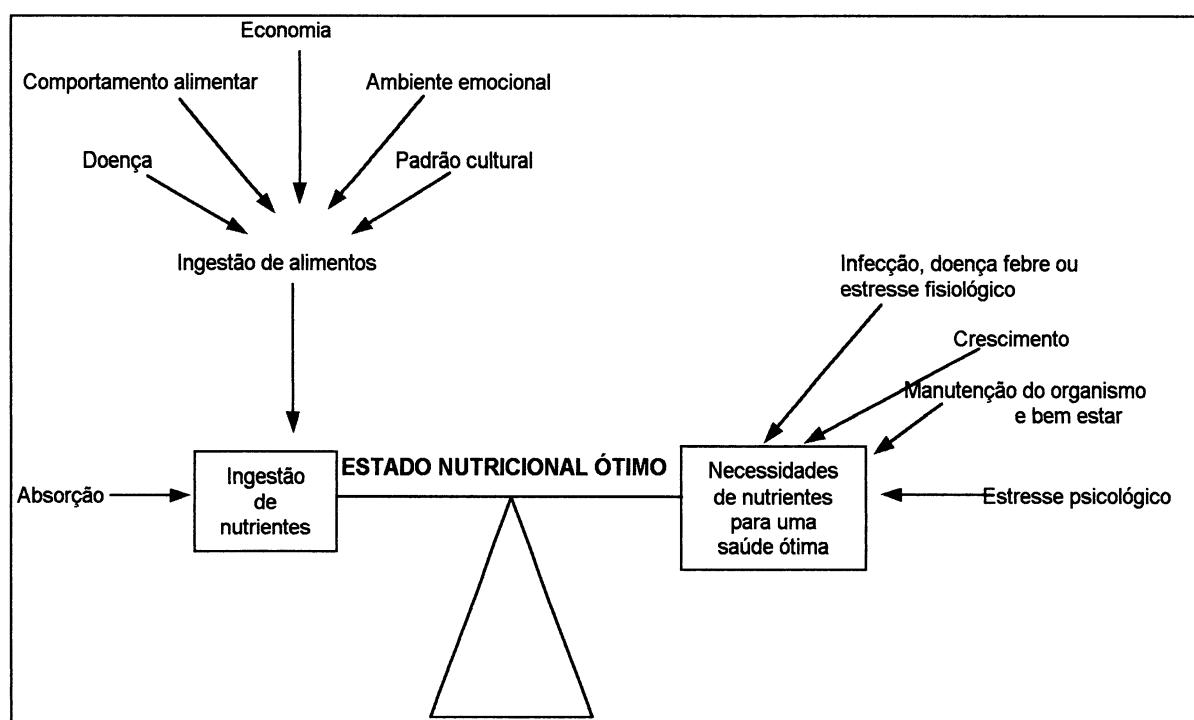
O Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – revisado (Questionnaire on Eating and Weight Patterns – revised / QEWP-R) foi desenvolvido por SPITZER et al, 1992 para o primeiro estudo multicêntrico envolvendo o diagnóstico de TCAP nos EUA.

O questionário para a classificação econômica utilizado foi o da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP.

V RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 30 mulheres com IMC $\geq 25\text{Kg/m}^2$. A população foi composta de pacientes do ambulatório de obesidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e também de uma clínica privada, que se dispuseram a participar do estudo. O objetivo do mesmo foi avaliar a prevalência de depressão em mulheres obesas. O primeiro passo para este estudo foi a coleta de dados e os instrumentos utilizados foram: Avaliação do estado nutricional (anexo 1), Inquérito alimentar (anexo 2), Questionário sobre padrões de alimentação e peso – revisado (Anexo 3) e Inventário para a depressão de Beck (anexo 4).

A obesidade é uma doença que constitui um sério problema de Saúde Pública, causado, principalmente por sedentarismo, má alimentação (com excesso de alimentos ricos em gordura e alto teor calórico) e estilo de vida inadequado. O Brasil está passando por uma transição nutricional e a obesidade superou a era da subnutrição, notadamente porque algumas populações do país melhoraram a condição sócio-econômica e passaram a ter mais acesso aos alimentos.



Quadro 15 – Estado Nutricional ótimo como um equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes.

O estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas. O equilíbrio entre ingestão de nutrientes e necessidades de nutrientes é influenciado por muitos fatores conforme o quadro 15 (MAHAN, 1998).

A média de IMC para a manutenção da saúde para adultos é de 25Kg/m². Riscos à saúde, associados com a obesidade começam com IMC de 30Kg/m² (WILLIAMS, 1997). Pelos resultados pode-se observar que a média de peso do grupo foi de 83,15Kg, com desvio padrão (DP) de 21,98. No quadro 16 observa-se a variação de peso das entrevistadas, o ganho de peso mínimo foi de 1Kg e o máximo de 18Kg. Observou-se que a maioria obteve ganho de peso na idade adulta. Apenas duas mulheres relataram ter aumentado de peso na infância/adolescência. A média foi de 91,54Kg (DP=30,48). A média do primeiro sobre peso foi 28,10 anos (DP = 10,35). Outro dado interessante foi a média do IMC = 33Kg/m² (DP = 8,6).

Quadro 16 – Média de variação de peso das entrevistadas nos últimos seis meses

Variação	n	Média (Kg)	DP
Perda de peso	9	4,33	2,91
Ganho de peso	17	5,94	4,58
Manutenção	4	-	-
Totais	30	-	-

Observou-se, quanto à atividade física, que 21 mulheres do estudo (70%) relataram praticar atividade física, sendo que 20 delas (66,7%) disseram fazer caminhada periodicamente e 1 (3,3%) faz hidroginástica. Com relação a função intestinal, 24 (80%) têm função normal e 6 (20%) relataram constipação.

A média da circunferência abdominal observada foi de 100 centímetros e o desvio padrão foi de 13,84 centímetros.

Observou-se no estudo a ocorrência de distúrbios gastrintestinais (quadro 17) que são decorrentes de uma alimentação inadequada, como flatulência, que ocorreu em 50% das entrevistadas e aerofagia, azia e epigastralgia em 23,3%, 26,7% e 26,7%, respectivamente.

Quadro 17 -Ocorrência de distúrbios gastrintestinais nas mulheres do estudo.

Distúrbios	Aerofagia	%	Azia	%	Flatulência	%	Epigastralgia	%
Sim	7	23.3	8	26.7	15	50	8	26.7
Não	23	76.7	22	73.3	15	50	22	73.3
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

O questionário de freqüência alimentar é uma revisão retrospectiva da freqüência de ingestão, isto é, alimento por dia, por semana ou por mês. Para facilidade de avaliação, a freqüência alimentar organiza os alimentos em grupos que têm nutrientes em comum (MAHAN, 1998). A confiabilidade e a validade de métodos de registro dietético são preocupações importantes. A validade é o grau no qual o método utilizado realmente avalia a ingestão usual. A validade com freqüência é comprometida em obesos, que tendem a sub-relatar sua ingestão. A confiabilidade se aplica à consistência dos dados obtidos. Os lapsos de memória, conhecimento impreciso do tamanho das porções e quantidade super ou subestimadas de alimentos consumidos, comprometem a confiabilidade de qualquer método de ingestão de alimentos (MAHAN, 1998).

A freqüência do consumo de alimentos em 5 vezes ou mais por semana por todas as entrevistadas foi de: grupos de cereais (99,66%), leite (93,33%), carnes/ovos (90,0%), frutas (80%) e hortaliças (90,0%). Sendo o consumo de leguminosas observado em (60%) e o de água, que somente 26,7% das mulheres consomem mais que 1 litro por dia e a maioria (60%) consome menos que 1 litro por dia. Mulheres que consomem doces/açúcar com essa freqüência semanal são 46,66% (quadro 18).

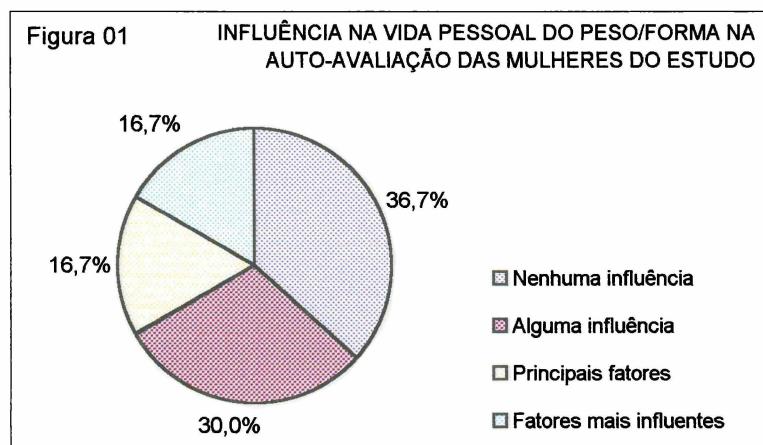
Os dados obtidos nesta amostra podem ter as quantidades de ingestão sub-relatada por se tratar de obesas. Com relação ao número de refeições por dia a média foi de 4 refeições (DP = 1,25).

Quadro 18 - Freqüência alimentar das entrevistadas, considerando o consumo de 5 vezes ou mais por semana de cada grupo de alimento.

Grupo	n	%
Cereais	29	99,66
Leite	28	93,33
Carnes/ ovos	27	90
Leguminosas	18	60
Frutas	24	80
Hortaliças	27	90
Doces/Açúcar	14	46,66
Refrigerante	5	16,66
Bebida Alcoólica	3	10
Gordura	27	90
Água		
Menos que 1 litro	18	60
1 litro	4	13,33
Mais que 1 litro	8	26,67

Podemos observar através dos resultados do QWEP-R que a auto imagem (figura 1 quadro 19) influenciam o modo como a pessoa se sente e se avalia como pessoa e pode ser um dos fatores que desencadeiam os estados depressivos.

Figura 01 , quadro 19 – Grau de influência do peso/forma na auto-avaliação de como se sentem como pessoa para as mulheres do estudo.

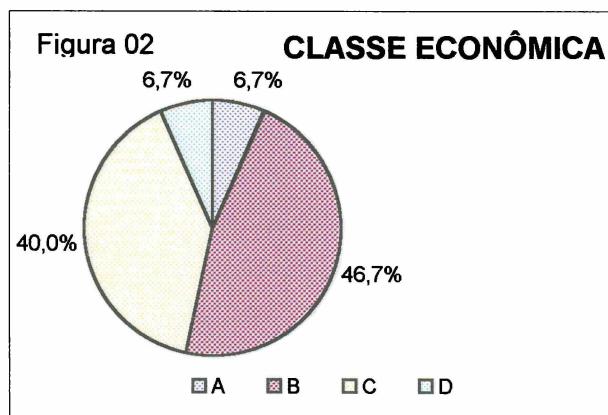


Quadro 19 – Influência na vida pessoal do peso/forma na auto-avaliação das mulheres do estudo.

Influência do peso e forma	n	%
Nenhuma influência	11	36,6
Alguma influência	9	30,0
Principais influências	5	16,7
Maior influência	5	16,7
Totais	30	100

Neste estudo pode-se perceber que a classe econômica que predominou foi a classe B com 46,66% das entrevistadas, seguida da classe C com 40% (figura 02, quadro 20).

Figura 02, Quadro 20 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à Classe Econômica.

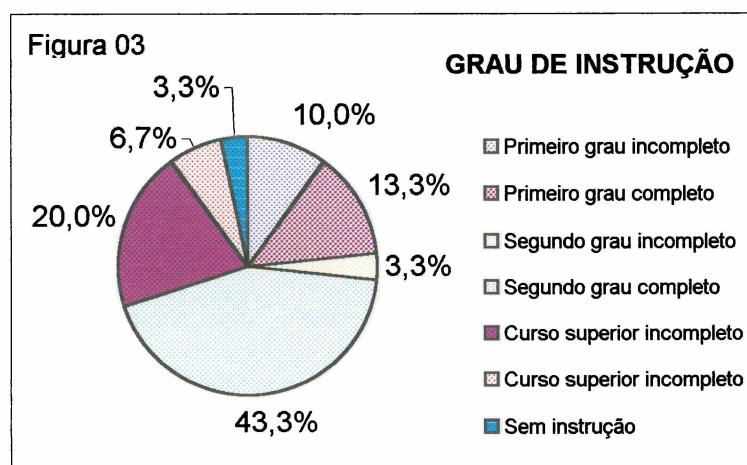


Quadro 20 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à Classe econômica

Classe Econômica	n	%
A	2	6,7
B	14	46,7
C	12	40,0
D	2	6,7
E	-	-
Total	30	100

Quanto à escolaridade observou-se que em torno de 70% das entrevistadas têm segundo grau completo ou maior instrução, como demonstrado na figura 03 e no quadro 21.

Figura 03, quadro 21 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à escolaridade.

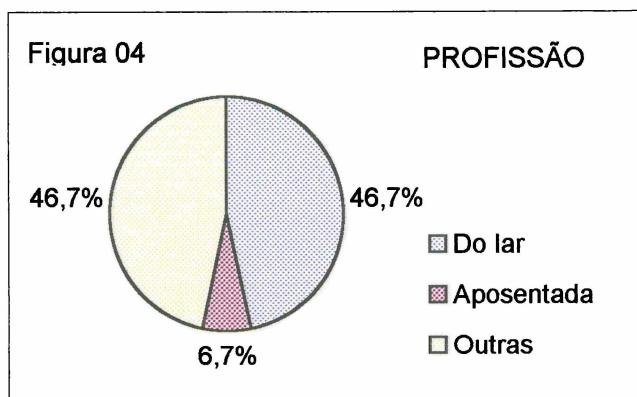


Quadro 21 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à escolaridade.

Escalaridade	n	%
Primeiro grau incompleto	3	10,0
Primeiro grau completo	4	13,3
Segundo grau incompleto	1	3,3
Segundo grau completo	13	43,3
Curso superior incompleto	6	20,0
Curso superior completo	2	6,7
Sem instrução	1	3,3
Total	30	100

As profissões foram bem diversificadas, sendo que 46,7% referiram serem “do lar”, 6,7% aposentadas e as demais participantes possuem profissões variadas como psicóloga, professora, artística plástica, economista, cozinheira, comerciária, etc. A figura 04 e quadro 22 demonstra esses dados.

Figura 04, quadro 22 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à profissão.



Quadro 22 - Distribuição das mulheres entrevistadas quanto à profissão.

Profissão	n	%
Do lar	14	46,7
Aposentada	2	6,7
Outras	14	46,6
Totais	30	100

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma categoria diagnóstica recente. A característica central do transtorno são os episódios de compulsão alimentar (ECAs) nos quais o paciente ingere uma quantidade excessiva de alimentos num curto intervalo de tempo, seguido de uma sensação de perda de controle sobre seu comportamento alimentar (PAPELBAUM, 2001). Os resultados obtidos revelaram a existência de três casos de TCAP, o que corresponde a 10% da amostra.

A sintomatologia da depressão é muito variada e muito diferente entre as diferentes pessoas. Para entender melhor essa diversidade de sintomas depressivos, considera-se que a depressão seria como uma bebedeira geral, onde cada pessoa alcoolizada fica de um jeito. Uns alegres, outros tristes, irritados,... Na depressão cada personalidade se manifesta de uma maneira (BALLONE, 2003). A prevalência de depressão nesta amostra foi de treze mulheres com diferentes graus de gravidade da doença (leve, moderada e grave) o que corresponde a 43,33%.

A depressão clínica tem maior gravidade e duração do que episódios transitórios de tristeza, que a maioria das pessoas experimenta em variados graus. Os pacientes deprimidos divergem no grau de sintomas específicos manifestados. Alguns pacientes podem apresentar-se predominantemente com sintomas vegetativos, enquanto negam sensações de tristeza. Outros podem queixar-se, inicialmente de angústia existencial e, posteriormente, admitirem outros sintomas.

Não raro, um paciente minimiza os sintomas ou atribui a um evento específico de vida (GAVIRIA, 1995).

Os resultados mostraram essa variedade de sintomas, porém, dois sinais vegetativos, perda de libido e fatigabilidade, foram observados em 100% das entrevistadas que apresentam algum grau de depressão.

As variações individuais exigem que o clínico faça uma avaliação abrangente de cada paciente com potencial transtorno afetivo. A alta prevalência de depressão, a séria morbidade em termos de suicídio e os benefícios potenciais do tratamento enfatizam esta necessidade (GAVIRIA, 1995). Constatou-se em nossa amostra um percentual de 10% que apresentam depressão grave. Destas somente duas estão realizando tratamento médico e utilizando como medicamento a Fluoxetina. A respeito desta droga este estudo contou com 8 usuárias, no total.

Pode-se observar também que das pacientes com algum grau de depressão, 23,08% tiveram idéias suicidas.

A depressão pode manifestar-se de formas diferentes, em idades diferentes. No período pré-puberal, queixas somáticas, agitação, alucinações auditivas com uma única voz, distúrbios ansiosos e fobias. Na adolescência, abuso de substâncias, comportamento anti-social, inquietação, vadiagem, dificuldades escolares, promiscuidade, aumento da sensibilidade à rejeição, má higiene. Em idosos há déficits cognitivos (perda da memória, desorientação e confusão), pseudodemência ou síndrome demencial da depressão, apatia, distração (KAPLAN, 1992).

A média de idade do estudo foi de 45 anos, com DP de 12,01.

Quadro 23– Prevalência de depressão de acordo com a faixa etária

Faixa etária	Leve	Moderada	Grave
28 -29	33,3%	-	-
30 -39	-	25,0%	25,0%
40 -49	-	16,7%	
50 -59	30,0%	-	10,0%
60 -69	66,7%	33,3%	-

Pode-se observar que no grupo das mulheres obesas (quadro 25) houve maior ocorrência de depressão com níveis mais elevados sendo depressão moderada (50%) e grave (25%). No grupo das mulheres com sobrepeso (quadro 24) foi constatado que 20% apresentaram depressão grave e 80% depressão leve.

Quadro 24 – Classificação da depressão conforme seu Índice de Massa Corporal em mulheres com sobrepeso.	
IMC	Classificação
26,04	Grave
28,36	Leve
29,30	Leve
29,43	Leve
29,55	Leve

Quadro 25 – Classificação da depressão conforme seu Índice de Massa Corporal em mulheres com obesidade.

IMC	Classificação
30,09	Moderada
30,11	Grave
30,12	Moderada
36,68	Leve
39,47	Leve
45,75	Moderada
46,79	Moderada
58,98	Grave

Com relação aos sinais e sintomas emocionais dos transtornos depressivos, obtivemos os seguintes resultados: 53,85% das entrevistadas relataram tristeza; 69,23% apresentaram irritabilidade; 76,92% insatisfação.

Com referência a outros sinais e sintomas obtivemos 69,23% com insônia; 61,54% apresentaram choro; sentimento de fracasso com 46,15% e indisposição para o trabalho com 84,62%

VI CONCLUSÕES

- O estudo constatou que a respeito do estado nutricional, as entrevistadas tiveram como média de peso 85Kg e média de IMC 33,05 Kg/m².
- Nossos resultados demonstraram a prevalência de depressão de todos os níveis em 43,33% das participantes.
- Todas as mulheres deprimidas do estudo apresentaram sintomas de fadiga e perda de libido. A indisposição para o trabalho também foi bem expressiva. Nota-se que estes sintomas tem uma forte ligação com a obesidade uma vez que o peso em excesso deixa as pessoas menos dispostas, elas se cansam com mais facilidade e as mulheres também se sentem constrangidas diante de seus parceiros nos momentos íntimos.
- Os dados obtidos revelaram a existência de três casos de TCAP.

VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGATSTON, Arthur S. M.D. **A dieta de South Beach.** Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Quarta edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANEPE-Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. **Critérios de Classificação Econômica no Brasil.** Internet, disponível em <www.anep.org.br> Acessado em 21/11/2003.

APPOLINARIO, Jose C ; BACALTCHUK , Josue. **Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares.** Rev. Bras. Psiquiatr. v.24 supl.3 São Paulo, dez. 2002.

AUGUSTO, A.L.P.; ALVES, D.C.; GERUDE, M. **Terapia Nutricional.** São Paulo: Atheneu, 1999. Cap.30

DOBROW, Ilyse J, KAMENETZ, Claudia; DEVLIN, Michael J. **Psychiatric aspects of obesity.** Rev. Bras. Psiquiatr., Dec. 2002, vol.24 suppl.3, p.63-67.

BALLONE G.J. **Antidepressivos Tricíclicos**, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/farmaco/tricic.html>> Acessado em 15/03/2004.

BALLONE, G.J. - **Depressão**, in. PsiqWeb, Psiquiatria Geral, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/deptexto.html>> Acessado em 15/03/2004.

BALLONE, G.J. **Transtornos Alimentares**, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html>>, Acessado em 15/03/2004.

BALLONE G.J.Tratamento Medicamentoso da Depressão - in. **PsiqWeb**, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/trats/deptrat.html>> Acessado em 15/03/2004.

BECK AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for easuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.

BECK, A.T.; STEER, R.A. Beck depression Inventory. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation: 1993.

BORGES, Maria Beatriz F; JORGE, Miguel R. Medeiros. Evolução histórica do conceito de Compulsão Alimentar. Psiquiatria na prática Médica. Centro de Estudos – Depto.Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Volume 33, número 4, 2000. Internet, disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial04.htm>, Acessado em 21/01/2004.

BORGES, Maria Beatriz F. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica e sua associação com depressão e alexitimia. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.

CABRAL, Mônica Dias. Tratamento Clínico na Obesidade Mórbida. In: Cirurgia da Obesidade. Atheneu: São Paulo, 2001. Cap.6 p.35-44

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. Critérios Diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev. Bras. Psiquiatr., Dez. 2002, vol.24 suppl.3, p.07-12. Internet, disponível em: www.scielo.br/scielo

CORDÁS, Táki Athanássios; SASSI JÚNIOR, Erlei. Como diagnosticar e tratar – Depressão. Ver. Brás. Méd. – vol.54 – Edição Especial – dez. 1998, p.61-68.

CRISP, A. **Psychopathology of anorexia nervosa**. In: Stunkard AJ, Stellar E, editors. *Eating and its disorders*. New York: Raven Press; 1984. p. 85-92.

DINGEMANS, A E, BRUNA, M J, FURTH, E F van. **Binge eating disorder: a review**. *International Journal of Obesity* **26**, 299 - 307 (01 Mar 2002) Review Article.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, José Eduardo; MARCHINI, J. Sérgio. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Arq Bras Cardiol volume 82, (suplemento IV), 2004

FLECK, Marcelo Pio de Almeida, LIMA, Ana Flávia Barros da Silva, LOUZADA, Sérgio et al. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde**. Rev. Saúde Pública, ago. 2002, vol.36, no.4, p.431-438.

FRANCISCHI, Raquel Pamfilio Prado de; PEREIRA, Luciana Oquendo, FREITAS, Camila Sanchez et al. **Obesidade—atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento**. Rev. Nutr. v.13 n.1 Campinas jan./abr.2000 p.17-28.

FREITAS, Silvia; GORESTEIN, Clarice; APPOLINARIO, Jose C. **Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares**. Rev Bras Psiquiatr vol 46 (supl.III),2002.

GAVIRIA, Moises, MD; FLAHERTY, Joseph, MD. In: FLAHERTY, Joseph A.; DAVIS, John M.; JANICAK, Philip G. **Psiquiatria, diagnóstico e tratamento**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 590p.

GAZALLE, Fernando Kratz, LIMA, Maurício Silva de, TAVARES, Beatriz Frank et al.
Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, jun. 2004, vol.38, no.3, p.365-371.

GUERRA, R.L.; CUNHA, C.T. et al. **Nutrição e Exercício na Prevenção de doenças.** In.: *Obesidade*. 1 ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2001. cap.9 p.221-252.

GUIMARÃES, Armênio Costa. **Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21.** Internet, disponível em: <http://www.sbh.org.br/revista>. Acessado em 21/11/2003.

GUIMARÃES, Armênio Costa. **Sobrepeso e obesidade: fatores de risco cardiovascular- Aspectos Clínicos e Epidemiológicos.** Internet, disponível em: <http://www.sbh.org.br/revista>. Acessado em 21/11/2003.

GUYTON, A.C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. Cap.73 p. 735 e 780.

HALPERN, Alfredo; MANCINI, Márcio C. **Como diagnosticar e tratar: Obesidade.** Rev.Bras.Méd. vol 54 **Edição Especial** Dezembro 1998.

HALPERN, Alfredo. **Os mais Recentes Avanços na Prevenção e Tratamento de Obesidade.** In: *Obesidade: Tratamento e Prevenção*. Revista Nutrição em Pauta, São Paulo n 50, p. 15-17, set/out. 2001.

HUDSON, J.I; CARTER, W.P; POPE Jr, H.G. **Antidepressant treatment of binge-eating disorder: research findings and clinical guidelines.** *J Clin Psychiatry* 1996; 57(Suppl 8):73-9.

KAC, Gilberto, VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo e VALENTE, Joaquim Gonçalves. **Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2003, vol.19 supl.1, p.111-118.

KAPLAN, Harold I. M.D.; SADOK, Benjamin J. M.D. **Manual de Psiquiatria Clínica.** Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

KATCH, I.Frank; McARDLE, William D. **Nutrição controle de peso e exercício.** 3ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.

LARINO, Maria Aparecida. **Aspectos gerais do Manejo Nutroterápico de Pacientes com transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (Binge Eating Disorder).** Revista ABESO Ed.12 Fev.2003. Internet, disponível em: www.abeso.org.br Acessado em 10/03/2004.

MACKENZIE, K. **Depressão.** São Paulo: Editora Três, 1999. 95p.

MAHAN, L.Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** 9ed. São Paulo: ROCA, 1998.

MANCINI, Marcio C. **Noções Fundamentais – Diagnóstico e Classificação da Obesidade.** in:Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap.1 p.1-6

MARINHO, Sheila Pita et al. **Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade.** Rev. Nutr. v.16 n.2 Campinas abr./jun. 2003.

MARTINS, Grazielle L. et al. **Prevalência de Depressão em Mulheres com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Pós-menopausa.** Arq Bras Endocrinol Metab vol 46 nº 6 Dezembro 2002.

MATOS, Maria Isabel R.; ARANHA, Luciana S; FARIA, Alessandra N.; FERREIRA, Sandra R.G. BACALCHUK, Josué; ZANELLA, Maria Teresa. **Compulsão Alimentar Periódica, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III.** Rev Bras Psiquiatr vol 46 (supl.III),2002.

MATOS, Maria Isabel R.; ZANELLA, Maria Teresa. **Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III.** Internet, disponível em: www.abeso.org.br Acessado em 10/03/2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Assessoria de Comunicação Social. **Dia Mundial do Diabetes.** Internet, disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/noticias> Acessado em 23/07/2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Assistência à Saúde. **Dislipidemias em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares.** Internet, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos>. Acessado em 20/11/2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de morbidade e fatores de risco – Taxa de prevalência de diabete melito.** Internet, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em 17/08/2004.

MORAES, Cristiane Moulin; PORTELLA, Renata B.; PINHEIRO, Virgínia S. et al. **Prevalência de sobrepeso e Obesidade em Pacientes com Diabetes Tipo I.** Arq Bras Endocrinol Metab vol 46 nº 6 Dezembro 2002.

NEMIAH, John C.. **Fundamentos de psicopatologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

NÓBREGA, Fernando José. **Distúrbios da Nutrição.** Rio de janeiro: Revinter, 1998.

NUNES, Maria Angélica; OLINTO, Maria Teresa A; BARROS, Fernando C; CAMEY, Suzi. **Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.23 no.1 São Paulo Mar. 2001.

PAPELBAUM, Marcelo; APPOLINÁRIO, José C. **Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e Transtorno Obsessivo-compulsivo: Partes de um mesmo espectro?** Rev Bras Psiquiatr vol 23 n.1 São Paulo, mar.2001 Internet, disponível em: www.scielo.br/scielo . Acessado em 24/11/2003.

PORCU, Mauro; FRITZEN, Cláudio V.; HELBER, César. **Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá.** Psiquiatria na prática clínica/UNIFESP. Internet, disponível em: www.unifesp.br/dpsq

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T. **Fisiologia do Exercício.** 3 ed. São Paulo: Manole, 2000.

RELATÓRIO SOBRE SAÚDE MENTAL NO MUNDO. Internet, disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms3>. Acessado em 21/04/2004.

RAYNOR, Hollie MS, RD; ZEMEL, PAULA PhD, RD. **Binge Eating Disorder and The Dietitian's Role** J. Am. Diet Assoc., v. 96(9), p.854, 1996 Sep MEDLINE _1993-2004.

ROUQUAYROL, M.Z. ALMEIDA Fº, N. **Epidemiología e Salud** 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANS, Jesús; VÁZQUEZ, Carmelo. **Fiabilidad, validez y datos normativos Del Inventario para la Depresión de Beck.** Psicothema, 1998 vol.10, n.2, p. 303-318.

SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ - SESPA. Educação em Saúde. **Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.**. Internet, disponível em www.sespa.pa.gov.br . Acessado em 20/11/2003.

SEGAL, Adriano; D'ÉLIA, Fernanda L.G.M.; CÓRDAS, Táki, Athanássios. Manual Medley de Obesidade Vol 1.

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T.; et al. **Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study.** *International Journal of Eating Disorders* 13(2):137–153, 1993.

SPITZER R.L; DEVLIN M.J, WALSH B.T, HASIN D, WING R, Marcus MD. **Binge eating Disorder: to be or not to be in DSM IV.** *Int J Eating Disord* 1991;10(6):627-9.

STEFANO, Sergio Carlos; BORGES, Maria Beatriz F; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. **Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.** Psiquitria na prática Médica. Centro de Estudos – Depto.Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Volume 34, número 4 2001/2002. Internet, disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/index.htm>, Acessado em 21/01/2004.

STUNKARD Albert J; ALLISON, Kelly Costello. **Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating.** *International Journal of Obesity* (2003) **27**, p.1-12. Internet, disponível em: <http://www.nature.com/ijo/journal/v27/n1/index.html>. Acessado em 24/11/2003.

TRUSWELL, A.Stewart. **ABC da nutrição.** São Paulo: Manole, 1987.

WAITZBERG, Dan L.. **Nutrição oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

WILLIAMS, Sue Rodwell. **Fundamentos de Nutrição e Dietoterapia**. 6ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WHO – Organização Mundial de Saúde. Expert Committee, **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995.

WHO – Organização Mundial de Saúde. Arq.Bras.Endocrinologia dez/2003 vol.47

WOLF, Naomi. **O Mito da Beleza – como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Rocco: Rio de Janeiro, 1992.

VIII ANEXOS

ANEXO I

INQUÉRITO NUTRICIONAL

Nome: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circunferência Abdominal: _____

Idade: _____ Sexo: M O F O Naturalidade: _____

Endereço: _____

Profissão: _____ Telefone: _____

Estado Civil: Solteiro: O Casado: O Viúvo: O Outro: _____

Grau de instrução: 1º grau completo O 1º incompleto O

2º grau completo O 2º incompleto O

3º grau completo O 3º incompleto O

Sem instrução O

Filhos: 1 - 2 O 3 - 4 O mais que 4 O

Quantas pessoas moram na casa? _____

Condições e Hábitos de vida

Fumante: Sim: O Não: O Quanto por dia: _____ Quanto tempo: _____ Tipo: _____

Etilista: Sim: O Não: O Quanto por dia: _____ Quanto tempo: _____ Tipo: _____

Nº refeições diárias: Café: O Colação: O Almoço: O Lanche: O Jantar: O Ceia: O

Função Intestinal: Normal O Diarréico O Constipado O

Sist.Gastro-intestinal: Azia Sim O Não O

Aerofagia Sim O Não O Flatulência Sim O Não O Epigastralgia Sim O Não O

Medicamentos: Qual _____ Quantos _____ Frequência: _____

Qual: _____ Quantos _____ Frequência: _____

Qual: _____ Quantos _____ Frequência: _____

Qual: _____ Quantos _____ Frequência: _____

Atividade Física: Sim O Não O Qual: _____

Quanto/semana: 1-3 vezes O > 3 vezes O

Quanto tempo: < 30 min / dia O > 30 min / dia O

Compra de açúcar:

Semanal: O Quinzenal: O Mensal: O Quantos: _____

Compra de óleo:

Semanal: O Quinzenal: O Mensal: O Quantos: _____

História Mórbida Atual

Diabetes Sim O Não O Quanto tempo: _____

Dislipidemias Sim O Não O Quanto tempo: _____

HAS Sim O Não O Quanto tempo: _____

DCV Sim O Não O Quanto tempo: _____

Câncer Sim O Não O Quanto tempo: _____

Outra: _____

Mudança de peso nos últimos 6 meses Sim O Não O Quanto: _____

História Mórbida Familiar

Obesidade Pai O Mãe O Avós O

Diabetes Pai O Mãe O Avós O

Dislipidemias Pai O Mãe O Avós O

HAS Pai O Mãe O Avós O

DCV Pai O Mãe O Avós O

Câncer Pai O Mãe O Avós O

Outra: _____

ANEXO II

Questionário Quantitativo de freqüência Alimentar (QQFA)

NOME: _____

Categorias	Quantas vezes você come?										Unid. Tempo	Porção Média (M)	Sua porção						
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			P	M	G	E		
Cereais, arroz e massas	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Arroz	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	3 col sopa cheias (75g)	O	O	O
Aveia	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1 col sopa cheia (15g)	O	O	O
Pão	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1 unidade (50g)	O	O	O
Bolo (simples/recheado)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	60g/100g	O	O	O
Biscoitos (simples/rech)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	4 unidades (28g/30g)	O	O	O
Massas (macarrão)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá S24(60g)	O	O	O
Leite e derivados	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Leite (integral/desnatado)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	200ml	O	O	O
logurte (integral/desnat)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	200ml	O	O	O
Queijo Amarelo	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 fatias (40g)	O	O	O
Queijo Branco	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 fatias (60g)	O	O	O
Requeijão	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 col sopa rasas (30g)	O	O	O
Carnes	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Boi	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	100g	O	O	O
Porco	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	90g	O	O	O
Peixe (frito/ensopada/cozido)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	120g	O	O	O
Aves (sobrecoxa)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	65g	O	O	O
Visceras	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Figado	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	100g	O	O	O
Rim	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	100g	O	O	O
Coração	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	75g	O	O	O
Buchó	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	50g	O	O	O
Língua	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	30g	O	O	O
Ovos	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	50g	O	O	O
Leguminosas	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Feijão	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (50g)	O	O	O
Lentilha	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (75g)	O	O	O
Grão de bico	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (60g)	O	O	O
Soja	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (50g)	O	O	O
Ervilha	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (50g)	O	O	O
Frutas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		O	O	O
Hortaliças Cruas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1 xícara chá (20g)	O	O	O
Hortaliças cozidas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (50g)	O	O	O
Embutidos	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Salame	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 fatias médias (40g)	O	O	O
Salsicha	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1,5 unidade (50g)	O	O	O
Mortadela	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 fatias médias (30g)	O	O	O
Presunto	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 fatias médias (30g)	O	O	O
Linguica	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1 gomo (30g)	O	O	O
Salsichão	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	100g	O	O	O
Enlatados	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Milho	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	3 col sopa rasas (40g)	O	O	O
Ervilha	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	1/2 xícara chá (50g)	O	O	O
Palmito	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 col sopa rasas (30g)	O	O	O
Molho de tomate	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 col.sopa rasas (40g)	O	O	O
Atum/sardinha	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	2 col sopa rasas (30g)	O	O	O

Questionário Quantitativo de freqüência Alimentar (QQFA)

NOME: _____

	Quantas vezes você come?										Unid. Tempo		Porção Média (M)		Sua porção				
	Quantas vezes você come?										Unid. Tempo		Porção Média (M)		Sua porção				
Defumados	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Costelinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 unidades médias (50g)	0	0	0
Linguiça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60g	0	0	0
Bacon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 fatias médias (30g)	0	0	0
Salgados	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Coxinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 unidade (50g)	0	0	0
Empada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 unidade (55g)	0	0	0
Empadão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 fatia média (110g)	0	0	0
Risole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35g	0	0	0
Pizza (portuguesa)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 fatia média (125g)	0	0	0
Pastel (carne)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32g	0	0	0
Quibe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50g	0	0	0
Esfirra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80g	0	0	0
Croissant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80g	0	0	0
Pão de queijo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20g	0	0	0
Açúcar (quantidade)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doces	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Mousse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 col sopa (100g)	0	0	0
Pudim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 fatia média (130g)	0	0	0
Sorvete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 bola média (80g)	0	0	0
Tortas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MacDonald (85g)	0	0	0
Bombons/chocolates	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22g/50g	0	0	0
Balas/chicletes (quantidade)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infusos	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Café (recipiente)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chá (recipiente)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Refrigerante	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Light/diet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Comum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Bebida alcoólica	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Cerveja (lata/garrafa)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350ml/600ml	0	0	0
Vinho (taça)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150ml	0	0	0
Whisky (dose)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50ml	0	0	0
Caipirinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Vodka (dose)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50ml	0	0	0
Água ardente (dose)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50ml	0	0	0
Outra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sucos industrializados	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Em pó c/água	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Em pó s/água	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Concentrado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Pronto p/beber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200ml	0	0	0
Água	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2000ml	0	0	0
Adoçante (tipo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gordura	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	P	M	G	E
Marganna c/sal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col chá (16g)	0	0	0
Margarina s/sal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col chá (16g)	0	0	0
Manteiga c/sal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col chá (16g)	0	0	0
Manteiga s/sal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col chá (16g)	0	0	0
Banha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col.sopa (32g)	0	0	0
Creme de leite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col.sopa (15g)	0	0	0
Gordura vegetal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Óleo (tipo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col sopa (16ml)	0	0	0
Azeite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 col sopa (16ml)	0	0	0

Questionário Quantitativo de freqüência Alimentar (QQFA)

NOME: _____

Condimentos	Quantas vezes você come?										Unid. Tempo	Porção Média (M)	Sua porção		
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Pimenta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mostarda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col sobremesa (15g)	0	0
Catchup	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col sopa (15g)	0	0
Molho inglês	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col sopa (20g)	0	0
Shoyo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 col sopa (20g)	0	0
Molho de alho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Molho de iogurte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6-8g	0	0

Para cada item alimentar do questionário, o entrevistado informa o número de vezes e a unidade de tempo (D = dia, S = semana, M = mês, A = ano) , para estimar a freqüência habitual de consumo. Para a estimativa de porção alimentar, a porção habitual individual é referida como P = pequena, M = média, G = grande e E = extra-grande, em relação à porção média de referência (porção mediana calculada segundo distribuição porcentual das porções na população de estudo)

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – REVISADO (QEWP-R)^C

Robert L. Spitzer, Susan Z. Yanovki, Marsha D. Marcus
Tradutoras: Christina Morgan e M. Beatriz F. Borges

Nome:

Agradecemos por você completar este questionário. Por favor, faça um círculo no número ou na questão apropriada ou escreva por extenso a informação quando solicitado (a). Você pode deixar em branco perguntas que não entenda ou não deseje responder.

01. Idade _____ anos

adulto)? Se não tiver certeza, tente ser o mais preciso possível (exclua períodos de gestação)

_____ anos

02. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

09. Quantas vezes (aproximadamente) você perdeu 9 Kg ou mais (Não por motivo de doença) e recuperou depois?

- 1 Nunca
- 2 Uma ou duas vezes
- 3 Três ou quatro vezes
- 4 Cinco vezes ou mais

03. Qual a sua raça?

- 1 Negra
- 2 Branca
- 3 Amarela
- 4 Outra (Qual?) _____

10. Nos últimos seis meses você muitas vezes comeu, num curto espaço de tempo (duas horas ou menos), quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria grande demais?

- 1 Sim
- 2 Não

04. Qual o seu nível de escolaridade?

- 1 Primeiro grau incompleto
- 2 Primeiro grau completo
- 3 Segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo
- 5 Curso superior incompleto
- 6 Curso superior completo

05. Qual a sua altura?

_____ m _____ cm

SE VOCÊ RESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

06. Quanto você pesa atualmente?

_____ Kg

11. Nas ocasiões em que comeu deste modo, geralmente sentia que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou quanto comia?

- 1 Sim
- 2 Não

07. Qual foi o seu peso mais alto?
(exclua períodos de gestação)

_____ Kg

SE VOCÊ RESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

08. Você já esteve pelo menos 4,5Kg acima do seu peso quando criança ou pelo menos 7,0 Kg acima do seu peso quando adulto?
(exclua períodos de gestação)

- 1 Sim
- 2 Não ou não sei

SE SUA RESPOSTA FOR SIM: Que idade você tinha na primeira vez que esteve acima do peso (pelo menos 4,5 Kg quando criança ou 7,0 Kg quando

ANEXO III

12. Nos últimos **seis** meses, com que freqüência, em média, você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida **mais (junto com)** a sensação de comer descontroladamente (Pode ter havido semanas em que isto não aconteceu. Procure estabelecer a média.)?

- 1 Menos que um dia por semana
- 2 Um dia por semana
- 3 Dois ou três dias por semana
- 4 Quatro ou cinco dias por semana
- 5 Quase todos os dias

13. Nessas ocasiões você **habitualmente** tinha as seguintes experiências?

- a Comer muito mais rápido que o usual? Sim Não
- b Comer até se sentir mal de tão cheio? Sim Não
- c Comer grandes quantidades de comida quando não fisicamente com fome? Sim Não
- d Comer sozinho porque se sentia envergonhado pela quantidade que comia? Sim Não
- e Sentir-se aborrecido com você mesmo, muito culpado ou deprimido, após o episódio de excesso alimentar? Sim Não

14. Pense numa ocasião (situação) típica em que você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida **mais** a sensação de comer descontroladamente.

- a A que horas do dia o episódio começou?
 - 1 Na parte da manhã (8 às 12)
 - 2 No começo da tarde (12 à 16)
 - 3 No fim da tarde (16 às 19)
 - 4 No começo da noite (19 às 22)
 - 5 Tarde da noite (após 22)
- b Aproximadamente quanto tempo durou o episódio alimentar, desde a hora em que você começou a comer até a hora em que parou e não comeu de novo durante duas horas no mínimo?

_____ horas _____ minutos

c Por favor, procure lembrar da melhor maneira possível e faça uma lista de tudo que você pode ter comido ou bebido durante aquele episódio. Se ficou comendo por mais de duas horas, descreva os alimentos e bebidas ingeridos durante as duas horas em que mais comeu. Seja específico, inclua marca dos alimentos quando possível e quantidades estimadas o mais precisamente possível (por exemplo: 1 barra média de chocolate Nestlé (50g); 15 bolachas recheadas de chocolate, marca São Luiz Extra; 2 copos (de requeijão) de coca-cola; 3 pãezinhos franceses com manteiga; 5 pães de queijo; 1 lata de leite condensado Nestlé).

- d Quando este episódio começou, quanto tempo fazia desde o fim de sua última refeição ou lanche?

_____ horas _____ minutos

15. De modo geral, nos últimos **seis** meses, quanto você se aborreceu por causa dos seus excessos alimentares (comer mais do que considera o melhor para você?)

- 1 Nem um pouco
- 2 Levemente
- 3 Moderadamente
- 4 Muito
- 5 Extremamente

ANEXO III

16. De modo geral, nos últimos **seis** meses, quanto você se aborreceu por causa da sensação de que você não conseguia parar de comer ou controlar o que/quanto comia?

- 1 Nem um pouco
- 2 Levemente
- 3 Moderadamente
- 4 Muito
- 5 Extremamente

17. Nos últimos **seis** meses, quanto o seu peso e a forma de seu corpo influenciaram o modo como você se sente e se avalia como pessoa?

(Em comparação a outros aspectos de sua vida. Por exemplo, como você se sai no trabalho, como mãe, no relacionamento com outras pessoas.)

- 1 O peso e a forma **não tiveram muita influência**
- 2 O peso e a forma **tiveram alguma influência** no modo como você se sente e se avalia como pessoa
- 3 O peso e a forma **foram os principais fatores** que influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo
- 4 O peso e a forma **foram os fatores que mais influenciaram** o modo como você se sente em relação a você mesmo

18. Nos últimos **três** meses, você alguma vez provocou vômito para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, **em média**, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

19. Nos últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, **em média**, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana

- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

20. Nos últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de diuréticos para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, **em média**, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

21. Nos últimos **três** meses, você alguma vez jejuou (não comeu nada durante pelo menos 24 horas) para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, **em média**, isto ocorreu?

- 1 Menos que um dia por semana
- 2 Um dia por semana
- 3 Dois ou três dias por semana
- 4 Quatro ou cinco dias por semana
- 5 Quase todos os dias

22. Nos últimos **três** meses, você alguma vez se exerceitou por mais de uma hora **especificamente** para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, **em média**, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

ANEXO III

23. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de pílulas de emagrecimento para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que freqüência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

24. Nos últimos seis meses, você participou de reuniões de algum programa de controle de peso (por exemplo: Vigilantes do Peso) ou de algum grupo de auto-ajuda (Por exemplo: Os Comedores Compulsivos Anônimos)?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM:

Nome do Programa _____

25. Desde que você é adulto (18 anos de idade) quanto tempo passou fazendo ou tentando fazer dieta, ou de algum modo limitando a quantidade que comia com o intuito de perder ou de manter o peso depois de ter emagrecido?

- 1 Nenhum ou quase nenhum tempo
- 2 Aproximadamente um quarto do tempo
- 3 Aproximadamente metade do tempo
- 4 Aproximadamente três quartos do tempo
- 5 Quase todo o tempo

26. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA CHEGOU A PERDER PELO MENOS 4,5 Kg ATRAVÉS DE DIETA: Que idade você tinha na primeira vez que perdeu no mínimo 4,5Kg através de dieta ou de limitar o quanto você comia? Se você não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível.

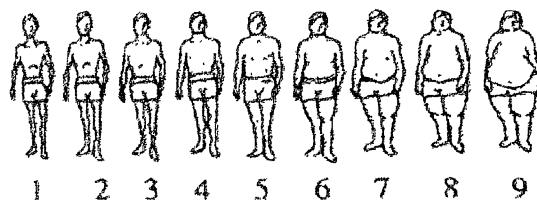
_____ anos

27. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA TEVE EPISÓDIOS DE EXCESSO ALIMENTAR ASSOCIADO A UMA SENSAÇÃO DE PERDA DE CONTROLE: Quantos anos você tinha quando apresentou pela primeira vez momentos em que comia grandes quantidades de comida mais (junto com) a sensação de não conseguir controlar o que/quanto comia? Se não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível.

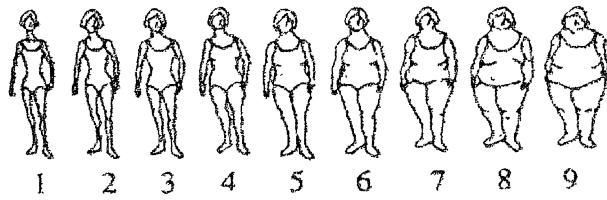
_____ anos

28. Por favor observe estas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitio do corpo de seu pai e sua mãe biológicos **no peso mais alto**. Se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos não circule aquele que não conhece.

Seu pai



Sua mãe



ANEXO IV

NOME: _____

INVENTÁRIO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste
 1 Sinto-me triste
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso
 3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar

2. 0 Não estou particularmente desencorajada quanto ao futuro
 1 Sinto-me desencorajada quanto ao futuro
 2 Sinto que não tenho nada por esperar
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3. 0 Não me sinto fracassada
 1 Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracasso
 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. 0 Obtendo tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
 1 Não gosto das coisas como costumava gostar
 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 3 Estou insatisfeita ou entediada com tudo

5. 0 Não me sinto particularmente culpada
 1 Sinto-me culpada boa parte do tempo
 2 Sinto-me muito culpada a maior parte do tempo
 3 Sinto-me culpada o tempo todo
6. 0 Não sinto que esteja sendo punida
 1 Sinto que posso ser punida
 2 Espero ser punida
 3 Sinto que estou sendo punida
7. 0 Não me sinto desapontada comigo mesmo
 1 Sinto-me desapontada comigo mesmo
 2 Sinto-me aborrecida comigo mesmo
 3 Eu me odeio
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
 1 Critico-me por minhas fraquezas e erros
 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
 3 Culpo-me por todas coisas ruins que acontecem
9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
 1 Tenho pensamento sobre me matar, mas não os levaria adiante
 2 Gostaria de me matar
 3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual
 1 Choro mais agora do que costumava fazer
 2 Atualmente, choro o tempo todo
 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira

11. 0 Não me irrito mais agora que em qualquer outra época
 1 Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava
 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo
 3 Absolutamente, não me irrito com as coisas que costumava me irritar
12. 0 Não perdi interesse nas outras pessoas
 1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época
 1 Adio minhas decisões mais do que costumava
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 3 Não consigo mais tomar decisão alguma
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 1 Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 3 Considero-me feio (a)
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 1 Preciso de um esforço extra para começar alguma coisa
 2 Tenho que me esforçar muito até fazer alguma coisa
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho
16. 0 Durmo tão bem quanto antes
 1 Não durmo tão bem quanto costumava
 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17. 0 Não fico mais cansado (a) que de hábito
 1 Fico cansado (a) com mais facilidade do que costumava
 2 Sinto-me cansado (a) ao fazer quase qualquer coisa
 3 Estou cansado (a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 Meu apetite não está pior que de hábito
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
 2 Meu apetite está muito pior agora
 3 Não tenho nenhum apetite
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
 1 Perdi mais que 2,5 Kg
 2 Perdi mais que 5 Kg
 3 Perdi mais que 7,5 Kg
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde
 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isto
 3 Estou tão preocupado com problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 Estou menos interessada em sexo do que costumava
 2 Estou bem menos interessado (a) em sexo atualmente
 3 Perdi completamente o interesse no sexo

ANEXO V

NOME: _____

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA:

Analfabeto/primário incompleto	
Primário completo/Ginasial incompleto	
Ginasial completo/Colegial incompleto	
Colegial completo/Superior incompleto	
Superior completo	

POSSE DE ITENS:

	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4+
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete					
Geladeira					
Freezer					

ANEXO VI

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

VOCÊ ESTÁ CONVIDADO A PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DE UMA PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO ALIMENTAR QUE TEM A SUPERVISÃO E ORIENTAÇÃO DE PROFESSORES DO DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO E ASSINE POSTERIORMENTE SE DER O SEU CONSENTIMENTO.

CONCORDO EM RESPONDER AOS QUESTIONÁRIOS, TOMANDO CONHECIMENTO DE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTES SÃO DO MAIS ABSOLUTO SIGILO, NÃO PODENDO SER USADAS PARA NENHUMA OUTRA FINALIDADE A NÃO SER PARA ESTE ESTUDO, A QUE SE DESTINAM.

CURITIBA, / /

Nome: _____

Assinatura: _____