

Compulsão alimentar periódica de pacientes em tratamento para redução de peso

Binge-eating disorder of patients in weight reduction treatment

Luciana Nunes Mosca¹, Luiz Roberto Lourena Gomes da Costa¹, Caroliny Fernandez Cortez Ramos¹, Lidiane Mayumi Torres Asano¹, Alessandra Domingos Ferreira¹

¹Curso de Nutrição da Universidade Paulista, Araçatuba-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Verificar a frequência de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em pacientes com sobrepeso/obesidade e avaliar a composição nutricional da dieta de pacientes sem Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e com CAP moderado/grave. **Métodos** – A amostra foi composta por 28 indivíduos com sobrepeso ou obesidade entre 20 a 65 anos de idade, de ambos os gêneros, atendidos em um Laboratório de Avaliação Nutricional. Nestes indivíduos foi realizada a aferição do peso, estatura e circunferência abdominal. Para verificar a frequência de CAP, os indivíduos foram convidados a responder à Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP). O recordatório de 24 horas foi utilizado para cálculo da composição nutricional da dieta habitual. Dados socioeconômicos foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes. **Resultados** – Dos 28 pacientes, 39,3% apresentaram CAP moderada ou grave. Não houve diferenças consideráveis no consumo de carboidratos, proteínas, gorduras e energia em ambos os grupos. O consumo de lipídeos foi excessivo em ambos os grupos em relação à recomendação da *Recommended Dietary Allowance* (1989) de 30% da ingestão energética diária (33,06% no grupo sem CAP e 32,31% no grupo com CAP moderado/grave). **Conclusão** – CAP em pacientes em tratamento para redução de peso é importante, sugerindo uma maior atenção dos profissionais nutricionistas no tratamento adequado de pacientes obesos com essas características, para melhor prognóstico. A composição nutricional média da dieta dos dois grupos demonstrou valores de lipídeos acima da recomendação e consumo energético inferior às necessidades diárias.

Descritores: Transtorno da compulsão alimentar; Obesidade; Transtornos da alimentação; Comportamento alimentar; Comportamento compulsivo

Abstract

Objective – To verify the frequency of the Binge-Eating Disorder (BED) in overweight/obesity's patients and to evaluate the nutrition composition of patients' diets without BED and with moderate/severe BED. **Methods** – The sample was composed by 28 individuals with overweight or obesity between 20 and 65 years old, of both genders, attended on the Nutrition Evaluation Laboratory. It were made, in these individuals, weight, stature measurement and abdominal circumference. To verify the frequency of the BED, the individuals of the sample were invited to answer the Binge-Eating Scale (BES). The 24-hour recall was used for the calculation of the nutrition composition of the habitual diet. Partner-economic data had been collected in patients' records. **Results** – In a total of 28 patients in the sample 39,3% presented moderate or severe Binge-Eating Disorder. It did not have considerable differences in the consumption of carbohydrates, proteins and energy in both groups. The consumption of lipids was excessive in both groups in relation to the Recommended Dietary Allowance's recommendation of 30% of the diet total caloric value (33,06% in the group without BED and 32,31% in the group with severe/moderate BED). **Conclusion** – BED in patients in weight reduction treatment is important, suggesting a bigger attention of the nutritionists in the adequate treatment of obese patients with these characteristics for better prognostic. The average nutrition composition's of the diet in both groups demonstrated value of lipid above the recommended and consumption of energy lower than the daily necessity.

Descriptors: Binge-eating disorder; Overweight; Eating disorders; Feeding behavior; Compulsive behavior

Introdução

A obesidade destaca-se em meio aos assuntos que despertam grande interesse entre pesquisadores e populações ao redor do mundo, por ser considerada uma epidemia patológica integrada ao grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que é caracterizada pela relação desequilibrada entre peso e estatura¹.

Para Viana² (2002), o resultado da prática alimentar inadequada – caracterizada pelo consumo excessivo de gorduras, açúcares e proteínas e, por outro lado, insuficiente em fibras – associada ao sedentarismo, resulta em balanço energético positivo entre ingestão e gasto energético, promovendo aumento do peso. O comprometimento do estado nutricional afeta a saúde, considerando a associação da obesidade com alterações metabólicas como: dislipidemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, diabetes *mellitus* tipo II, doenças cardiovasculares e problemas ortopédicos como osteoartrite e gota.

De acordo com a World Health Organization³ (2003), de 1995 a 2000 o número de obesos aumentou de 200 milhões para 300 milhões, ou seja, 15% da população mundial. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada no período de julho de 2002 a

junho de 2003, pelo IBGE, em adultos acima de 20 anos, identificou 38,6 milhões de brasileiros acima do peso, e dentre estes, 10 milhões de obesos³⁻⁴.

Para identificar o estado nutricional de um indivíduo há a necessidade de calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido através da divisão do peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros quadrados (m²), considerando-se a idade de 19 a 65 anos. O valor obtido de IMC > 25kg/m² é classificado como sobrepeso e o de IMC > 30kg/m² como obesidade em graus variados².

Segundo Friedman⁵ (1995), possíveis diferenças comportamentais podem ser desencadeadoras da obesidade⁶. Devido a esse e a outros fatores, nos últimos 30 anos têm sido amplamente estudado os transtornos alimentares, ou seja, quadros psiquiátricos que acometem normalmente mulheres adultas jovens e adolescentes e têm elevada morbidade e mortalidade. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem a sua etiopatogenia⁷⁻⁸.

Dentre os comportamentos alimentares relacionados à obesidade encontra-se a Compulsão Alimentar Periódica (CAP), caracterizada por um consumo excessivo de alimentos, associado à perda de controle do que se ingere, além da quantidade, em um período limi-

tado de tempo (duas horas) seguido de desconforto psicológico e angústia. O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é diagnosticado por episódios de CAP, pelo menos duas vezes por semana, durante seis meses ou mais⁹.

De acordo com Spitzer *et al.*¹⁰ (1992) e Spitzer *et al.*¹¹ (1993) os pacientes que possuem TCAP ingerem significativamente uma quantidade maior de alimentos e têm uma história de flutuações de peso mais acentuada em relação aos indivíduos sem TCAP⁹.

Nos obesos que procuraram programas para controle de peso, foram observadas frequências em torno de 30% para TCAP e 46% para CAP, estando o TCAP associado a sintomas psicopatológicos em geral, especialmente à depressão, a uma maior gravidade da obesidade e ao prejuízo no funcionamento social e ocupacional¹⁰⁻¹¹. No Brasil foram constatadas prevalências de TCAP entre 15% e 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer¹².

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*⁹ (2002), o TCAP está presente no fim da adolescência ou início dos 20 anos de idade podendo ser definido como Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação – comportamentos parecidos com anorexia nervosa ou bulimia nervosa, mas que não satisfazem todos os critérios de diagnóstico dos transtornos específicos. O TCAP, diferente da Bulimia Nervosa, não tem a presença de comportamentos compensatórios subsequentes à compulsão como vômitos autoinduzidos, purgação, exercícios físicos excessivos.

Os fatores psicológicos e emocionais estão diretamente envolvidos com o Transtorno de Compulsão Alimentar. Segundo Azevedo *et al.*⁶ (2004) os portadores do comer compulsivo possuem autoestima mais baixa e preocupam-se mais com a imagem corporal do que outros indivíduos com sobrepeso que não possuem TCAP.

Viana² (2002) relatou que alguns indivíduos insatisfeitos com a imagem corporal tentam controlar a ingestão de alimentos mantendo-se em grandes períodos de jejum até não ser mais possível suportar a fome e acabam ingerindo elevadas quantidades ultrapassando o limite da dieta autoimposta. Por acreditarem que perderam o controle, elas assumem uma posição de “tudo ou nada” diante da alimentação. Pode ocorrer o ciclo de perda e ganho de peso (“efeito sanfona”) em indivíduos que persistem em fazer dietas altamente restritas em calorias¹³.

Diante dos estudos, avaliando a relação da obesidade e do TCAP, ressalta-se a importância do diagnóstico, controle e tratamento adequados dos indivíduos com TCAP. Sendo assim, para explorar amplitude e características do problema, os objetivos do trabalho foram: verificar a frequência de TCAP em pacientes com sobrepeso e obesidade e avaliar a composição nutricional da dieta de pacientes sem CAP e com CAP moderado/grave.

Métodos

O estudo conduzido teve caráter exploratório, prospectivo, longitudinal no qual foram selecionados 30 pacientes atendidos no Laboratório de Avaliação Nutricional (LAN) da Universidade Paulista, Campus Araçatuba-SP, de 20 a 65 anos de idade, de ambos os gêneros. Foram selecionados os indivíduos que apresentaram o diagnóstico nutricional, através do Índice de Massa Corporal (IMC), de sobrepeso ou obesidade.

A coleta de dados teve início a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista, e do esclarecimento da pesquisa aos indivíduos convidados, tendo estes assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para verificar a frequência do TCAP os indivíduos responderam à Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), um questionário autoaplicável, desenvolvido por Gormally *et al.*¹⁴ (1982), utilizado para identificar os indivíduos obesos de acordo com a gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP)¹². A ECAP é utilizada para identificar pacientes obesos com CAP e contribui no planejamento de estratégias terapêuticas eficazes ampliando o conhecimento dos sintomas psicopatológicos.

Consequentemente, foram classificados de acordo com sua pontuação e divididos em dois grupos: Grupo 1 (composto por indivíduos com TCAP) e Grupo 2 (composto por indivíduos sem TCAP).

A verificação da variação ponderal foi realizada através da avaliação antropométrica conforme as técnicas preconizadas por Frisancho¹⁵ (1993), constando as seguintes variáveis: Índice de Massa Corpórea (IMC) e circunferência abdominal (CA).

Os equipamentos necessários para a avaliação antropométrica foram: balança do tipo plataforma (marca Welmy), com capacidade para 150 kg e graduação de 100g. Para obtenção da estatura foi usado o estadiômetro, fixado à parede, sendo então efetuada a leitura da altura em centímetros (altura máxima de 213 cm). Utilizou-se, também, fita métrica (leitura máxima de 150 cm) para medição da circunferência abdominal.

Inicialmente realizou-se a avaliação antropométrica, pela qual foram aferidos: peso, onde os indivíduos foram posicionados de maneira ereta sobre a balança, utilizando roupas leves (100g) e sem calçados; estatura, onde os mesmos foram colocados com os pés unidos e calcanhares encostados na parede, com olhar fixo no horizonte, sem estender a cabeça. O ápice da orelha e o canto externo do olho ficaram em linha paralela, formando um ângulo reto com a barra do estadiômetro, o qual esteve fixado à parede. A barra foi apoiada sobre a cabeça, sendo então efetuada a leitura da altura em centímetros. Estes dados foram utilizados para obtenção do IMC.

A aferição da circunferência abdominal (CA) foi realizada através de fita métrica, mensurando-se a região umbilical, como referência, com intuito de avaliação indireta de gordura corporal, sendo classificados dentro do limite de normalidade os valores encontrados quando menores que 94 cm em homens e menores que 80 cm para mulheres¹⁶.

No desenvolvimento da pesquisa foram utilizadas variáveis coletadas através dos prontuários de cada paciente, para a caracterização do grupo de estudo – data de nascimento/idade e renda familiar.

Os dados referentes à composição nutricional foram obtidos através do recordatório de 24h, realizado pelas estagiárias do curso de nutrição no Laboratório de Avaliação Nutricional.

Os dados encontrados foram analisados com o auxílio do software de Avaliação Nutricional *Diet Win*, versão 2.017, sendo que os alimentos ou preparações que não constaram no banco de dados do software foram inseridos através das tabelas de composição de alimentos¹⁸⁻¹⁹ além dos rótulos dos alimentos.

Utilizou-se a média dos valores de energia (kcal), carboidratos, proteínas, gorduras totais. As necessidades energéticas foram estimadas a partir da fórmula:

NE (necessidade energética) = TMB (taxa metabólica basal) x FA (fator atividade)

As fórmulas para estimar a taxa metabólica basal e o fator atividade seguem abaixo:

- Taxa Metabólica Basal, sendo P = peso e A = altura:
Mulheres de 18 a 30 anos: $13,3 \times P + 334 \times A + 35$
Mulheres de 30 a 60 anos: $8,7 \times P - 24 \times A + 865$
Homens de 18 a 30 anos: $15,4 \times P - 27 \times A + 717$
Homens de 30 a 60 anos: $11,3 \times P + 16 \times A + 901$
- Fator Atividade:
Mulheres sedentárias: 1,40
Mulheres que fazem atividade física leve: 1,56
Homens sedentários: 1,40
Homens que fazem atividade física leve: 1,55

A necessidade energética (NE) foi confrontada com a ingestão energética (IE), encontrada nos recordatórios. Os macronutrientes foram avaliados em gramas e em percentual de calorias da dieta.

A compilação dos dados foi realizada com o intuito de comparar as características gerais entre os grupos e/ou gêneros, através de análise descritiva, representada por tabelas e gráficos contendo: média, desvio-padrão das principais variáveis estudadas (peso, estatura, IMC, CA, necessidade energética, ingestão energética).

Resultados

No final da coleta de dados, dois pacientes foram excluídos da pesquisa. Consequentemente, a amostra foi composta por 28 pacientes.

A idade média \pm DP da amostra foi de 40 ± 14 anos, variando de 20 a 61 anos. Com relação ao número de pacientes segundo a idade, 8 pacientes (28,57%) tinham de 20 a 29 anos, 8 pacientes (28,57%) de 30 a 39 anos, 2 (7,14%) de 40 a 49 anos, 7 (25%) de 50 a 59 anos e 3 (10,71%) de 60 a 65 anos. Pode ser visto na Gráfico 1, em relação à distribuição por gêneros dos pacientes, que 24 (85,71%) pertenciam ao gênero feminino e 4 (14,29%) ao gênero masculino.

Dos 28 pacientes da amostra, 11 (39,3%) apresentaram Compulsão Alimentar Periódica moderada ou grave, sendo 10 (35,7%) do sexo feminino e 1 (3,6%) do sexo masculino. O restante da amostra foi composto por 17 (60,7%) pacientes sem CAP, incluindo 14 (50%) pacientes pertencentes ao gênero feminino e 3 (10,7%) ao gênero masculino. Os resultados estão apresentados no Gráfico 2.

A renda familiar mensal média dos pacientes está demonstrada no Gráfico 3. Observou-se maior renda no grupo sem CAP (R\$ 2.199,30). O grupo com CAP moderado/grave apresentou renda média de R\$ 1.428,75.

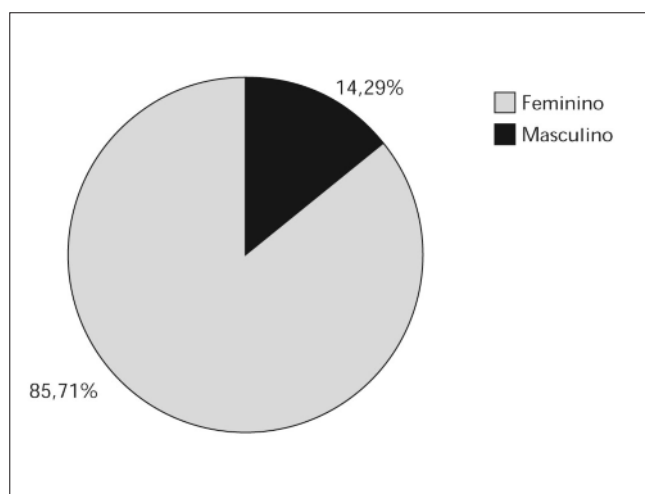


Gráfico 1. Distribuição percentual de pacientes, segundo o gênero. Araçatuba-SP, 2009

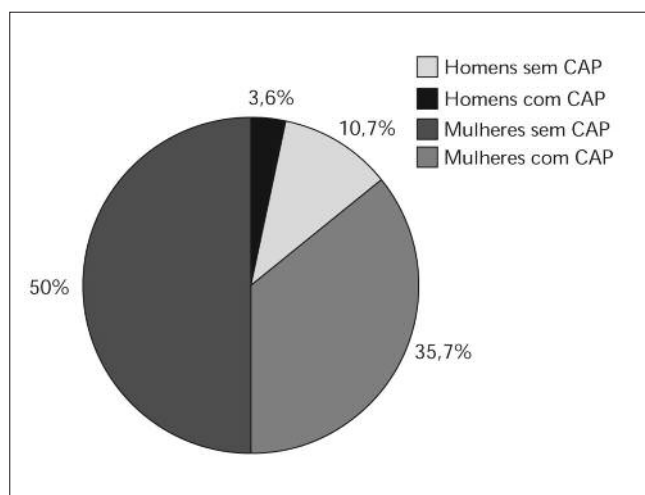


Gráfico 2. Distribuição percentual dos pacientes, segundo o gênero e presença de Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Araçatuba-SP, 2009

No Gráfico 4 estão descritas informações em relação ao estado nutricional dos pacientes avaliados através do IMC, sendo que no grupo sem CAP 52,9% foram classificados como sobrepeso, 17,7% obesidade grau I, 5,9% obesidade grau II e 23,5% obesidade grau III. Em contrapartida, no grupo com CAP moderado/grave 27,3% foram classificados como sobrepeso, 9,1% obesidade grau I, 27,3% obesidade grau II e 36,4% obesidade grau III. Constatou-se que os pacientes com CAP moderado/grave apresentaram graus maiores de IMC do que os pacientes sem CAP.

Os dados antropométricos estão descritos na Tabela 1 onde se pode observar no gênero masculino do Grupo 1, os valores médios de: peso 106,2 Kg (DP = 18,7), estatura 1,70 m (DP = 0,08), IMC 33,80 kg/m² (DP = 4,16) e circunferência abdominal 113,5 cm (DP = 8,05); enquanto no gênero feminino do mesmo grupo vê-se os seguintes valores médios: peso 77,4 Kg (DP = 16,22), estatura 1,50 m (DP = 0,06), IMC 32,50 kg/m² (DP = 6,5) e circunferência abdominal 102,1 cm (DP = 13,3). Por outro lado, encontrou-se os seguintes valores médios do gênero masculino do grupo 2: peso 75 kg (DP = 0,00), estatura 1,70 m (DP = 0,00), IMC 26,03 kg/m² (DP = 0,00), e circunferência abdominal 97 cm (DP = 0,00); e no gênero feminino obteve-se: peso 94,8 kg (DP = 19,21), estatura 1,60 m (DP = 0,07), IMC 37,80 kg/m² (DP = 6,83) e circunferência abdominal 111,6 cm (DP = 11,52).

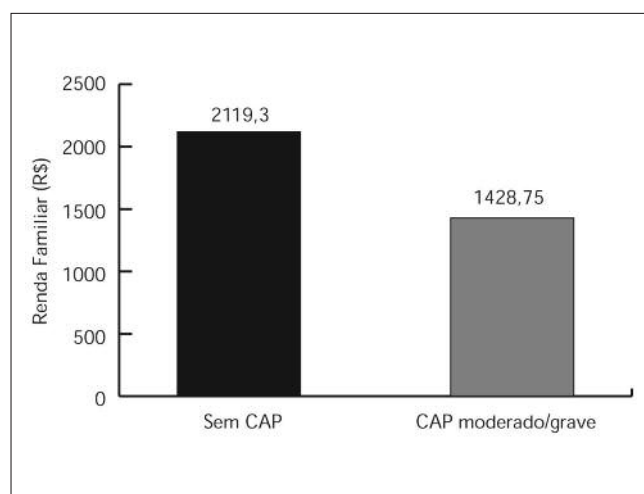


Gráfico 3. Renda familiar mensal média dos pacientes segundo a presença de Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Araçatuba-SP, 2009

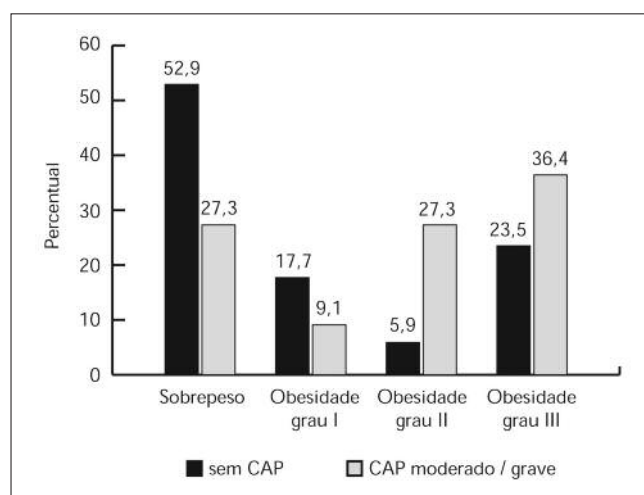


Gráfico 4. Distribuição dos pacientes segundo o estado nutricional e Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Araçatuba-SP, 2009

Tabela 1. Valores médios e desvio-padrão das variáveis antropométricas selecionadas segundo o gênero e presença de Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Araçatuba-SP, 2009

Variáveis	Sem CAP		CAP moderado/grave	
	Masculino (n = 3)	Feminino (n = 14)	Masculino (n = 1)	Feminino (n = 10)
Peso (kg)	106,2 ±18,07	77,4 ±16,22	75±0,00	94,8±19,21
Estatura (m)	1,70±0,08	1,50±0,06	1,70±0,00	1,60±0,07
IMC (kg/m ²)	33,80±4,16	32,5 ±6,5	26,03±0,00	37,8±6,83
CA (cm)	113,5 ±8,05	102,1 ±13,3	97±0,00	111,6±11,52

IMC: índice de massa corpórea, CA: circunferência abdominal

Em relação à composição nutricional da dieta dos grupos, constatou-se, nos pacientes sem CAP, em relação à ingestão energética média de 1407,88 Kcal, a contribuição média de energia proveniente de carboidratos de 50,63%, de proteínas de 16,29%, e de lipídeos de 33,06%. A composição nutricional da dieta dos pacientes com CAP demonstrou contribuição média de energia proveniente de carboidratos de 52,90%, de proteínas de 14,77% e de lipídeos de 32,31% da ingestão energética total média de 1376,09 Kcal.

A ingestão energética média (IE) foi inferior à necessidade energética média (NE) de ambos os grupos e gêneros: a IE e a NE do grupo 1 foram de, respectivamente, 1407,88 Kcal e 2425,49 Kcal, enquanto a IE e a NE do grupo 2 foram de 1376,09,7 Kcal e 2531,67 respectivamente.

Os dados da composição nutricional média da dieta de ambos os grupos e gêneros estão representados na Tabela 2.

Tabela 2. Média e desvio padrão de variáveis dietéticas e presença de Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Araçatuba-SP, 2009.

Variáveis dietéticas	Sem CAP	CAP moderado grave
Carboidratos (%)	50,63±10,34	52,90±10,83
Proteínas (%)	16,29±4,52	14,77±5,25
Lipídeos (%)	33,06±10,43	32,31±11,26
IE (Kcal)	1407,88±415,75	1376,09±483,62
NE (Kcal)	2425,49±383,01	2531,67±340,88

IE = Ingestão energética; NE = Necessidade energética (OMS, 1998).

Discussão

O maior número de pacientes do sexo feminino no presente estudo está relacionado à maior procura de tratamento nutricional pelas mulheres no Laboratório de Avaliação Nutricional (LAN).

A prevalência de CAP moderado/grave encontrada na amostra do LAN foi semelhante aos dados encontrados na literatura. Em amostras de pacientes que participavam de programas para controle de peso, a prevalência de TCAP variou em aproximadamente de 15 a 50% (DSM-IV-TR)⁹. Coutinho e Póvoa²⁰ (1998) encontraram a partir de um estudo multicêntrico com 1.984 indivíduos, uma prevalência de 30% do TCAP entre pacientes em tratamento para redução de peso. No Brasil, Borges²¹ (1998) verificou a frequência de 16% de TCAP, em mulheres obesas de um programa de vigilantes do peso⁸.

A renda familiar mensal média dos pacientes com CAP moderado/grave foi menor em comparação ao grupo sem CAP. Os estudos citados por Olson²² (1999), Townsend *et al.*²³ (2001) e de Cristofar e Basiotis²⁴ (1992), demonstraram a relação entre o excesso de adiposidade e condições anteriores de privação alimentar, geralmente por fatores socioeconômicos resultando em padrões alimentares desordenados com bases psicossociais¹³.

Quanto à média das variáveis antropométricas, os valores de peso, circunferência abdominal e IMC obtidos no gênero feminino foram maiores no Grupo 2 em relação ao Grupo 1, resultado semelhante ao relato de Petribu *et al.*²⁵ (2006), de que os pacientes com TCAP apresentam maior gravidade de obesidade, quando

comparados aos indivíduos obesos sem transtorno. Entretanto, no gênero masculino, os resultados foram contrários ao que indica a literatura, pois, o Grupo 2 apresentou menores valores de peso, circunferência abdominal e IMC em relação ao Grupo 1. Ressalta-se que no Grupo 2, o gênero masculino, foi formado por apenas um indivíduo o que dificulta a obtenção de dados consideráveis nesse grupo. A comparação entre gêneros pode ser explicada devido às diferenças na composição corporal entre homens e mulheres.

Segundo os valores de referência propostos pela *Recommended Dietary Allowance*²⁶ (1989) o consumo de carboidratos deve ser de 50 a 60% da ingestão energética, valor atingido em ambos os grupos. O consumo de proteínas deve ser de 10 a 15% da ingestão energética, valor atingido no Grupo 2 e acima do recomendado no Grupo 1. Quanto aos lipídeos o consumo deve ser de 20 a 30% do valor calórico total da dieta. Em ambos os grupos o consumo de lipídeos foi acima do recomendado (33,06% no Grupo 1 e 32,31% no Grupo 2).

A ingestão energética insuficiente para a manutenção do peso corporal em ambos os grupos sugere que os pacientes, ao relatarem o consumo alimentar, subestimaram a realidade da alimentação ou não se alimentaram como habitualmente no dia anterior à consulta. Segundo Bernardi *et al.*¹² (2005) os indivíduos com CAP podem sentir-se constrangidos em revelar a quantidade de alimentos consumidos omitindo a realidade.

Conclusão

Constatou-se a prevalência de CAP na amostra de 39,3%.

Todos os pacientes relataram no recordatório de 24 horas consumo inferior às suas necessidades energéticas diárias estimadas. A composição nutricional da dieta dos pacientes sem CAP e com CAP moderado/grave apresentou valores de lipídeos acima da recomendação diária.

Conclui-se que a Compulsão Alimentar Periódica em pacientes em tratamento para redução de peso é importante, sugerindo uma maior atenção dos profissionais nutricionistas junto a uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, especialistas de exercício e terapeutas comportamentais, no tratamento adequado de pacientes obesos com essas características para melhor prognóstico.

Referências

- Nacif M, Viebig RF. Avaliação da composição corporal. In: Nacif M, Viebig RF. Avaliação antropométrica nos ciclos de vida: uma visão prática. São Paulo: Metha; 2007.
- Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Anal Psicol.* 2002;20(4):611-24.
- World Health Organization (WHO). Nutrition. Controlling the global obesity epidemic. Geneva; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
- Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull.* 1995;117:3-20.
- Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2004;31(4):170-2.
- Claudino AM, Borges MFB. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(supl.3):7-12.
- Espindola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28(3):265-75.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M *et al.* Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis.* 1992;11:191-203.
- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A *et al.* Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Dis.* 1993;13:137-53.
- Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):215-20.

13. Bernardi F, Cicheler C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr.* 2005;18(1):85-93.
14. Gormally J, Black S, Daston S, Randon D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 1982;7(1):47-55.
15. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Michigan: University Michigan Press; 1993.
16. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic [report of a WHO Consultation on Obesity]. Geneva; 1997.
17. Brubins CAS. Software de avaliação nutricional. DietWin Profissional [programa de computador]. Versão 2.0. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados; 2008.
18. Philippi ST. Tabela de composição dos alimentos: suporte para decisão profissional. 2ª ed. São Paulo: Coronário; 2002.
19. Pinheiro ABV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
20. Coutinho W, Póvoa LC. Comer compulsivo e obesidade. *In:* Nunes MA, Apolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed; 1998.
21. Borges MBF. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica e sua associação com depressão e alexitimia [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998.
22. Olson CM. Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. *J Nutr.* 1999;129(2):521-4.
23. Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food insecurity is positively related to overweight in women. *J Nutr.* 2001;131:1738-45.
24. Cristofar S, Basiotis P. Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19-50 years and their children ages 1-5 years by reported perception of food sufficiency. *J Nutr Educ.* 1992;24(2):53-8.
25. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araujo DE et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006;50(5):901-8.
26. Recommended Dietary Allowance (RDA). 10th ed. Washington, DC: The National Academies Press; 1989.

Endereço para correspondência:

Profª. Luciana Nunes Mosca
Curso de Nutrição
Universidade Paulista – Araçatuba
Av. Bagaçu, 1939 – Parque Bagaçu
Araçatuba-SP, CEP 16018-555
Brasil

E-mail: lunutricionista@yahoo.com.br

Recebido em 5 de janeiro de 2010
Aceito em de 16 março de 2010