

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

TATIANA PALOTTA MINARI

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NUTRICIONAIS NOS PACIENTES
COM TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA
GRAVE**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

2019

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

TATIANA PALOTTA MINARI

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NUTRICIONAIS NOS PACIENTES
COM TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA
GRAVE**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para Exame de Dissertação. Nível: Mestrado.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

MINARI, Tatiana Palotta

Intervenções Terapêuticas Nutricionais nos Pacientes com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica Grave – São José do Rio Preto, 2019.

xi, 64f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Nutritional Therapeutic Interventions in Patients with Serious Binge Eating Disorder.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho.

1. Transtornos Alimentares; 2. Compulsão Alimentar; 3. Intervenção; 4. Alimentação Saudável; 5. Nutrição.

TATIANA PALOTTA MINARI

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NUTRICIONAIS NOS PACIENTES
COM TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA
GRAVE**

BANCA EXAMINADORA

EXAME DE DISSERTAÇÃO

Presidente e orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

Instituição de origem: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinador: Prof. Dr. Lazlo Antônio Ávila

Instituição de origem: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2º Examinador: Profa. Dra. Elza Maria Castilho

Instituição de origem: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 26 de abril de 2019

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. Lista de Anexos | 7 |
| 2. Lista de Tabelas | 7 |
| 3. Lista de Figuras | 7 |
| 4. Título | 9 |
| 5. Resumo | 9 |
| 6. Palavras-Chave | 11 |
| 7. Introdução | 11 |
| 8. Objetivos..... | 15 |
| 9. Metodologia | 15 |
| Casuística/Participantes | 15 |
| Critério de Inclusão | 17 |
| Critério de Exclusão | 17 |
| Materiais e Procedimentos | 17 |
| 10. Análise de Dados | 24 |
| 11. Aspectos Éticos | 25 |
| 12. Resultados | 25 |
| 13. Discussão | 36 |
| 14. Conclusão | 43 |
| 15. Referências | 44 |
| 16. Anexos..... | 49 |

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa:

-À minha família, pelo apoio incondicional e constante incentivo.

-Ao meu orientador, Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho, pela confiança, paciência, incentivo e excelente orientação.

-A todos os professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

-A todos os participantes desta pesquisa.

-A todos indivíduos com transtornos alimentares, que lutam por sobrevivência e tratamento qualificado no Brasil.

Sem o apoio de todos este trabalho não seria realizado.

Muito obrigada.

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo 1. Escala de imagem corporal (BSQ)..... | 49 |
| Anexo 2. Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP)..... | 51 |
| Anexo 3. Escala de qualidade de vida WHOQOL BREF | 54 |
| Anexo 4. Protocolo de pesquisa clínico e sociodemográfico | 58 |
| Anexo 5. Termo de consentimento livre e esclarecido | 59 |
| Anexo 6. Declaração do comitê de ética | 63 |
| Anexo 7. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos – Plataforma Brasil | 64 |
| Anexo 8. Comprovante da Plataforma Brasil | 65 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Resumo das intervenções terapêuticas nutricionais..... | 18 |
| Tabela 2. Dados sociodemográficos da amostra | 26 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Fluxograma da seleção da amostra dos participantes da pesquisa..... | 16 |
| Figura 2. Sumarização da idade dos indivíduos participantes do estudo (A) e histograma descritivo da idade dos participantes do estudo, em porcentagem do total de indivíduos participantes (B) | 26 |

| | |
|--|----|
| Figura 3. Peso dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 27 |
| Figura 4. Índice de massa corporal (IMC) dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 28 |
| Figura 5. Circunferência da cintura dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 29 |
| Figura 6. Escala de imagem corporal dos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 30 |
| Figura 7. Escala de compulsão alimentar periódica apresentada pelos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 31 |
| Figura 8. Número de episódios de compulsão alimentar dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 32 |
| Figura 9. Escala de qualidade de vida (WHOQOL BREF) dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais | 33 |

MINARI, T. P. (2019). *Intervenções terapêuticas nutricionais nos pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica grave*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto /SP.

RESUMO

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é uma doença psiquiátrica relacionada com a frequência de episódios de compulsão alimentar, a insatisfação da imagem corporal e o sofrimento ocasionado pela hiperfagia. O tratamento nutricional visa reduzir os episódios de compulsão alimentar e promover hábitos alimentares saudáveis, melhorando a relação do paciente com o alimento e o seu corpo. **Objetivos:** 1- Avaliar as alterações dos hábitos alimentares, dos episódios de compulsão alimentar e dos dados antropométricos dos pacientes com o TCAP; 2- Subsidiar conhecimento ao participante para a construção de autonomia alimentar, melhorando consequentemente sua qualidade de vida. **Método:** Esta pesquisa recrutou 31 pacientes diagnosticados com o TCAP em S. J. Rio Preto e foi realizada no consultório da Nutricionista Tatiana Palotta Minari. As intervenções foram distribuídas em 8 encontros semanais individuais, pautados em dinâmicas educativas nutricionais, contendo jogos, oficina culinária, análise sensorial de alimentos, exercícios de alongamento, relaxamento, automassagem corporal, debates de imagens/vídeos e aplicações de 4 questionários (Protocolo Clínico e Sociodemográfico; Escala de Imagem Corporal - BSQ; Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP; Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL BREF). **Resultados:** Predominância de participantes do sexo feminino, com faixa etária de 35 a 56 anos e classe econômica do tipo C. As análises também apontaram reduções significativas, da 1ª para 8ª semana, nas variáveis peso, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura, episódios de compulsão alimentar, escalas BSQ e ECAP. Em contraponto, foi constatado aumento significativo do escore de qualidade de vida da escala WHOQOL BREF. **Conclusão:** As intervenções modularam os dados antropométricos, o

número de episódios de compulsão alimentar e os hábitos alimentares, melhorando conseqüentemente a qualidade de vida, a autonomia alimentar e a satisfação da imagem corporal dos pacientes.

ABSTRACT

The binge eating disorder (BED) is a psychiatric illness related to the frequency of binge eating episodes, body image dissatisfaction, and the suffering caused by hyperphagia. The nutritional treatment aims to reduce episodes of binge eating and promote healthy eating habits, improving the patient's relationship with food and his body. **Objectives** 1- Evaluate changes in eating habits, episodes of binge eating and anthropometric data of patients with BED; 2 - To subsidize knowledge to the participant for the construction of food autonomy, consequently improving their quality of life. **Method:** This study recruited 31 patients diagnosed with BED in S.J Rio Preto and was performed at the clinic of the Nutritionist Tatiana Palotta Minari. The interventions were distributed in 8 individual weekly meetings, based on nutritional educational dynamics, containing games, cooking workshop, sensory food analysis, stretching exercises, relaxation, body self-massage, image / video discussions and applications of 4 questionnaires (Clinical Protocol and Sociodemographic, Body Image Scale - BSQ, Binge Eating Scale - BES, Quality of Life Scale - WHOQOL BREF). **Results:** Prevalence of female participants, with ages ranging from 35 to 56 years and type C economic class. The analyzes also indicated significant reductions from 1 to 8 weeks in the variables weight, body mass index (BMI), waist circumference, binge eating episodes, BSQ and BES scales. In contrast, there was a significant increase in the quality of life score of the WHOQOL BREF scale. **Conclusions:** The interventions modulate the anthropometric data, the number of episodes of binge eating and eating habits, consequently improving the quality of life, food autonomy and satisfaction of the patients' body image.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Alimentares; Compulsão Alimentar; Intervenção; Alimentação Saudável; Nutrição.

INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é identificado pela maneira de se alimentar e pelos padrões rítmicos da alimentação (Köster, 2009). Tal conduta é influenciada por condições sociais, demográficas, culturais (crenças, religiões e costumes familiares), percepções individuais dos alimentos, experiências prévias e fatores genéticos (Arlington, 2013; Haines, Gillman, Rifas-Shiman, Field, & Austin, 2010; Krug et. al., 2008).

O impacto sociocultural provocado no padrão alimentar é induzido principalmente pelas informações divulgadas nos meios de comunicação (Kime, 2008; Rossi, Moreira, Addison, & Rauen, 2008). O controle da mídia apela para valorização de alimentos industrializados e para exaltação de corpos belos, magros e esculturais (Anschutz, Engels, Leeuwe, Strien, & 2009; Kelly et. al., 2010).

Este cenário colabora para que os indivíduos idealizem padrões inatingíveis, tornando-os mais predispostos às perturbações dos hábitos alimentares, também conhecidas como transtornos alimentares (TA). Tais doenças psiquiátricas são caracterizadas pelo desequilíbrio alimentar, distorção da imagem corporal e resistência ao tratamento, comprometendo assim, a saúde física e psicossocial do paciente (Appolinário & Claudino, 2000; Arlington, 2013; Köster, 2009).

Propriamente ditos caracterizam-se pela anorexia nervosa, bulimia nervosa (BN), transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), transtorno da picamalácia, transtorno alimentar restritivo/ evitativo, transtorno alimentar não especificado e transtorno alimentar especificado. A depressão, a ansiedade, a esquizofrenia, o autismo e o outros tipos de

transtornos mentais também podem ocorrer simultaneamente a esses distúrbios, aumentando o grau de risco do paciente (Arlington, 2013).

Dentre todos os TAs, o TCAP é o mais frequente na população, incidindo em aproximadamente 3% dos indivíduos (Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993; Krug et. al., 2008). Segundo a literatura, esta doença pode ocorrer em todos os estados nutricionais, mas a maior prevalência acontece na obesidade. É importante ressaltar que este pré-requisito não é obrigatório, já que nem todo obeso apresenta quadros de compulsão alimentar. De regra, o TCAP inicia-se na adolescência, mas a predominância ocorre na fase adulta. Tanto os homens, quanto as mulheres podem manifestar a doença, embora seja mais comum no sexo feminino, sem distinção de raça e situação socioeconômica (Arlington, 2013).

Dentre os critérios para confirmação do diagnóstico do TCAP destacam-se: os episódios de compulsão alimentar, o sofrimento exacerbado ocasionado pela hiperfagia e a insatisfação com a imagem corporal. Tais episódios são caracterizados pela alta ingestão de alimentos, bem além do que uma pessoa normalmente comeria, em um intervalo de 2 horas. A ingestão excessiva é acompanhada pela sensação de perda de controle do ato de comer, mesmo se o indivíduo não apresentar sinais de fome fisiológica. Além da distensão e desconforto gástrico, o paciente sofre com o sentimento de culpa e vergonha em virtude do episódio ocorrido e da incapacidade de se controlar (Arlington, 2013).

Na maioria das vezes o comer compulsivo ocorre em situações de isolamento e a quantidade de calorias ingerida oscila entre 2 mil e 5 mil calorias (Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993). O paciente pode desencadear um episódio em um restaurante, por exemplo, e continuar comendo em outro estabelecimento. A frequência de tais eventos ocorre pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses, não estando associado ao uso posterior de atos compensatórios (purgatórios). A doença não acontece somente durante o transtorno de

bulimia nervosa ou de anorexia nervosa, ou seja, é um tipo de transtorno desencadeado por comportamentos característicos e distintos dos demais (Arlington, 2013).

O TCAP também pode ser classificado nos seguintes níveis de gravidade: leve (1 a 3 episódios por semana), moderada (4 a 7 episódios por semana), grave (8 a 13 episódios por semana) e extrema (14 ou mais episódios por semana). Geralmente os pacientes ficam deprimidos pelos seus hábitos alimentares, procurando esconder os sintomas e a ocorrência dos episódios (Arlington, 2013).

Tal comportamento pode ser desencadeado por diversos fatores, como por exemplo, as relações familiares, as desavenças interpessoais, as restrições dietéticas severas, a insatisfação com a imagem corporal, o tédio e entre outros (Arlington, 2013). Em 1993 uma pesquisa analisou um grupo de adolescentes obesas, que após passarem por uma dieta severa, pelo menos 30% delas apresentaram um quadro de compulsão alimentar (Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993).

Na maioria das vezes as intervenções não produzem a perda de peso significativa, mas podem contribuir para reduzir os episódios de compulsão alimentar e melhorar a satisfação da imagem corporal dos indivíduos (Pacanowski, 2018). Outros quesitos fundamentais estão relacionados com a individualidade do tratamento para cada paciente e a sinergia de uma equipe multidisciplinar especializada (psiquiatra, nutricionista, psicólogo, educador físico e entre outros), maximizando assim, o acolhimento, o monitoramento e a qualidade de vida do indivíduo (Costa & Melnik, 2016).

Segundo a literatura, um dos melhores tratamentos para o TCAP é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que colabora para o controle dos episódios e a adesão do paciente ao tratamento. Esta psicoterapia de curto prazo também trabalha vários aspectos dos

problemas, os pensamentos distorcidos da forma do corpo, a baixa autoestima, o perfeccionismo, os hábitos alimentares inadequados e os fatores que precipitam o descontrole ao comer (Oliveira & Fonseca, 2006).

Os grupos terapêuticos também são outras estratégias utilizadas no tratamento do TCAP. No Brasil existem diversas entidades, como por exemplo, o grupo dos ‘Comedores Compulsivos Anônimos’, que priorizam o autocontrole e a perseverança durante o tratamento. Esses conceitos são semelhantes aos quesitos trabalhados nos grupos dos ‘Alcoólicos Anônimos’. O apoio do grupo pode ser crucial para o paciente lidar melhor com a compulsão. As reuniões incluem homens e mulheres, que compartilham suas dificuldades e experiências, aumentando assim, a motivação dos pacientes (Oliveira & Fonseca, 2006).

Em geral os indivíduos com TAs apresentam determinadas inadequações no comportamento alimentar, além de diversas crenças a respeito da alimentação. O tratamento nutricional visa reverter tais alterações, promovendo assim, hábitos alimentares saudáveis e melhor relação do indivíduo com o alimento e o seu corpo (Philippi, Alvarenga, & Scagliusi, 2010).

A nutricionista pode priorizar técnicas que abordem a alimentação de maneira qualitativa, mostrando que a nutrição pode ir muito além de cálculos de macro e micronutrientes. Alguns conceitos também podem ser abordados, como por exemplo, prestar atenção durante as refeições, respeitar os sinais de fome e saciedade, aceitar/reconhecer o corpo e trabalhar o princípio de compaixão (por si e pelo próximo) (Kristeller & Jordan, 2018).

O paciente também aprende a identificar o que causa a compulsão alimentar, aplicando algumas técnicas para controlá-la, como por exemplo, o diário alimentar, que auxilia o indivíduo para conscientização do seu hábito alimentar. Durante a educação

nutricional do paciente com o TCAP, alguns conceitos são abordados, como por exemplo, a alimentação saudável, as fontes dos nutrientes, as recomendações nutricionais, a autonomia alimentar e as consequências das hiperfagias (Alvarenga, Dunker, Romano, & Philippi, 2014; Kristeller & Jordan, 2018; Philippi, Alvarenga, & Scagliusi, 2010).

Sendo assim, a proposta de estudar a nutrição aliada à psicologia ocorreu pelo desejo da compreensão do que acontece no corpo físico e emocional do indivíduo. Não é apenas um ser que sente ou um outro que se alimenta. É uma pessoa que sente e se alimenta. Portanto, não é possível estudar os TAs isoladamente do indivíduo, nem o indivíduo isolado do ambiente de convivência. Tais pacientes são um todo, que envolvem a comida, a vida e os sentimentos.

OBJETIVOS

Avaliar as alterações dos hábitos alimentares, dos episódios de compulsão alimentar e dos dados antropométricos nos pacientes com o TCAP.

Subsidiar conhecimento ao participante para construção de autonomia alimentar, melhorando conseqüentemente a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Casística/ Participantes

Esta pesquisa recrutou pacientes com diagnóstico do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), em São José do Rio Preto/ SP. As intervenções foram realizadas no Consultório da Nutricionista Tatiana Palotta Minari (situado no Parque Estoril).

A seleção do público alvo se baseou no critério de generalização dos participantes, ou seja, sem seleção de sexo e faixa etária, garantindo a frequência dos voluntários. O

recrutamento também acolheu todas as pessoas que se mostraram sensibilizadas e interessadas em participar do projeto, embora apenas os pacientes com diagnóstico do TCAP foram incluídos na análise de dados.

No total, foram recrutados 52 participantes: 1 com Anorexia nervosa, 2 com Bulimia nervosa, 1 com Transtorno de Picamalácia, 1 com Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo e 47 com o TCAP. No início das intervenções (1º encontro) desistiram 16 indivíduos com TCAP. Apenas os 31 pacientes com o TCAP foram incluídos na análise de dados desta pesquisa.

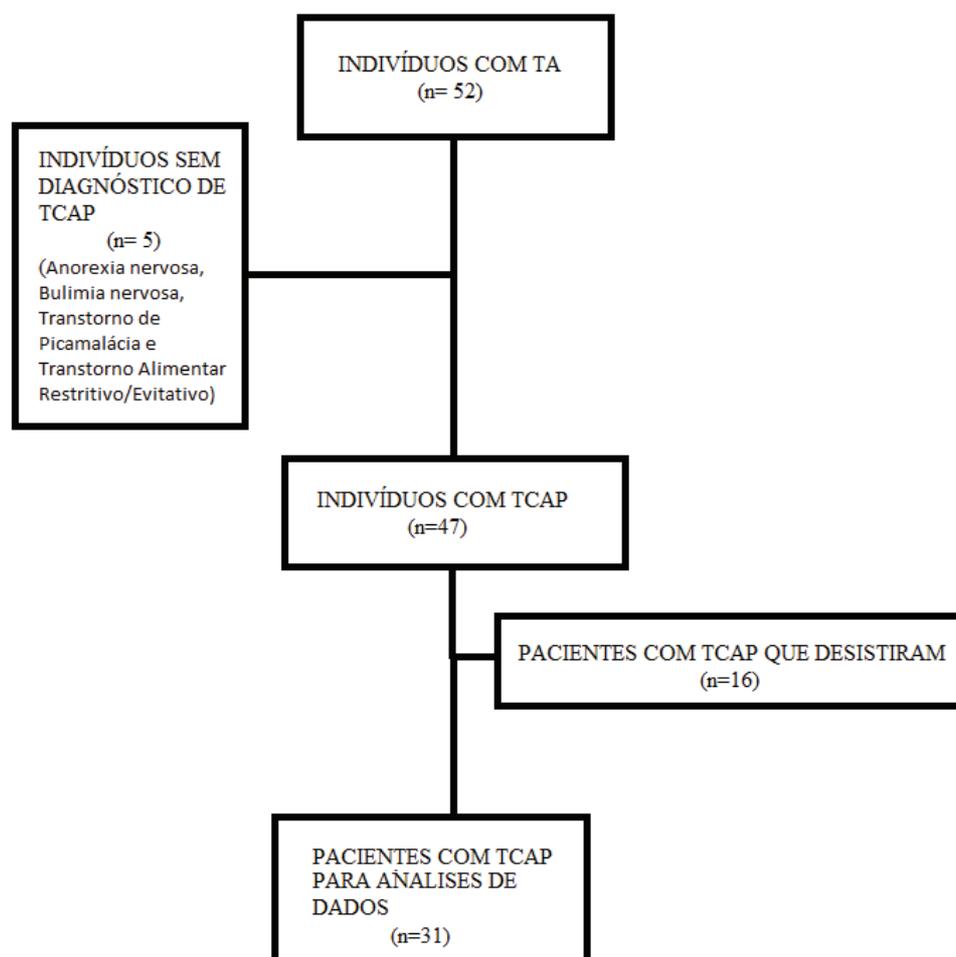


FIGURA 1. Fluxograma da Seleção da Amostra dos Participantes da Pesquisa.

Critério de inclusão

Indivíduos com diagnóstico do TCAP, que tenham disponibilidade para participar semanalmente das intervenções.

Critério de exclusão

Pacientes com alterações clínicas, que tenham dificuldade em responder aos instrumentos solicitados. Sujeitos que demonstrarem impedimentos para assiduidade na coleta de dados. Indivíduos sem diagnóstico de TCAP.

Materiais e Procedimentos

O desenho metodológico deste estudo foi prospectivo, longitudinal e experimental.

A divulgação ocorreu por distribuição e exposição de folhetos nos ‘murais de informações’ do Hospital de Base de S. J. Rio Preto, da Faculdade de Medicina de S. J. do Rio Preto e do Consultório da Nutricionista Tatiana Palotta Minari. Tais panfletos continham as seguintes informações: 1- Breve apresentação do projeto; 2- Descrição dos profissionais responsáveis; 3- Convite para os indivíduos que se demonstrarem interessados em participar da pesquisa; 4- Contato para maiores informações. Vale lembrar que os indivíduos moravam em diversos bairros do município e não necessariamente eram pacientes dos estabelecimentos de divulgação dos folhetos.

O recrutamento e os encontros foram realizados no período de agosto a novembro de 2017. O primeiro contato com os participantes ocorreu por telefone, sendo fornecidas as informações mais detalhadas da pesquisa (as datas, duração do encontro e entre outros). Os encontros foram marcados individualmente, ocorrendo uma vez na semana, conforme a disponibilidade de cada paciente (média de duração: 1h). Anteriormente às reuniões, a

pesquisadora também entrou em contato (celular) com os participantes lembrando-os do compromisso. A primeira intervenção foi realizada no dia 21/08/2017.

Os 8 encontros foram pautados em estratégias e dinâmicas educativas nutricionais que são realizadas em grupos da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde / SUS (diabetes, hipertensão, obesidade, crianças, gestantes, fumantes e alcoólicos anônimos) (Botelho et. al., 2016). As intervenções também foram baseadas em demais projetos terapêuticos que são aplicados em grupos de pacientes com o TCAP, como por exemplo, o grupo dos ‘Comedores Compulsivos Anônimos’ e o ‘Programa de Atenção Plena ao Comer – Mindful Eating’ (salientados na introdução e discussão desta pesquisa) (Kristeller & Jordan, 2018; Oliveira, 2006).

Segue abaixo a tabela contendo o resumo dos encontros realizados nesta pesquisa.

TABELA 1: Resumo das Intervenções terapêuticas nutricionais.

| Quantitativo (Encontros Semanais Individuais) | Objetivos | Procedimentos |
|---|--|---|
| 1º Encontro: Entrevista Inicial e Avaliação | -Conhecimento e aproximação dos pacientes. -Avaliar as características clínicas, os dados sociodemográficos, o nível da qualidade de vida, o risco do TCAP e a insatisfação da imagem corporal. | -Bate-papo informal introdutório; -‘Protocolo de pesquisa clínico e sociodemográfico’, (ANEXO 4); ‘Escala de Qualidade de Vida WHOQOL BREF’ (ANEXO 3); ‘Escala de Imagem Corporal (BSQ)’ (ANEXO 1); ‘Escala de Compulsão Alimentar Periódica (BES)’ (ANEXO 2). |
| 2º Encontro: Intervenção Terapêutica Nutricional | -Devolutiva dos questionários aos participantes. Confecção do diário Alimentar. | -Discussão dos questionários. -Elaboração dos diários alimentares, estimulando a autonomia para a personalização dos mesmos. |
| 3º Encontro: Intervenção | -Esclarecer os mitos e verdades da alimentação saudável. | -Dinâmica de mitos e verdades: Comunicação, |

| | | |
|--|---|--|
| Terapêutica Nutricional | | informação e aproximação com os pacientes. |
| 4º Encontro: Intervenção Terapêutica Nutricional | -Estimular os hábitos culinários dos participantes por meio da oficina de confecção e degustação de alimentos | -Inserção dos indivíduos na cozinha e participação ativa na preparação de receitas. |
| 5º Encontro: Intervenção Terapêutica Nutricional | -Avaliar a relação dos pacientes com alimentos por meio da análise sensorial de olhos vendados | -Os olhos dos participantes foram vendados e alguns alimentos foram apresentados a eles. Os pacientes só poderiam utilizar o tato, o olfato e o paladar para elucidar os mesmos. |
| 6º Encontro: Intervenção Terapêutica Nutricional | -Realizar uma roda de conversa sobre ‘Os Transtornos Alimentares e o Comportamento Alimentar’. -Aplicar medidas para canalizar alguns sintomas ocasionados pelo TCAP - Técnicas de automassagem, relaxamento, alongamento, controle da respiração e musicoterapia. | -Detectar as opiniões dos pacientes com relação aos sintomas dos transtornos alimentares em situações sociais. -Exercícios para o controle da ansiedade – Participação da Farmacêutica Natália Palotta Minari e Fisioterapeuta Adriana Palotta Pulicci. |
| 7º Encontro: Intervenção Terapêutica Nutricional | -Avaliar a proximidade dos pacientes diante aos alimentos por meio da análise sensorial do suco de laranja. -Discutir e captar as opiniões dos pacientes sobre a prática de atividades físicas. | -Os pacientes utilizaram a visão, o tato, o olfato e o paladar para detectar a presença ou não de algum tipo de adoçante (adoçante dietético ou açúcar) no suco natural de laranja. -Discussão sobre a atividade física e sua importância. |
| 8º Encontro: Avaliação Final e coleta de dados | -Discutir e concluir as intervenções por meio de imagens e vídeos. -Reaplicar os questionários: Avaliar as características clínicas, os dados sociodemográficos, o nível da qualidade de vida, o risco do TCAP e a insatisfação da imagem corporal. | -Feedback dos pacientes sobre as intervenções e encerramento das atividades com dinâmica audiovisual. -‘Protocolo de pesquisa clínico e sociodemográfico’, (ANEXO 4); ‘Escala de Qualidade de Vida WHOQOL BREF’ (ANEXO 3); ‘Escala de |

Imagem Corporal (BSQ)
(ANEXO 1); ‘Escala de
Compulsão Alimentar
Periódica (BES)’ (ANEXO
2).

No 1º encontro foi realizado o acolhimento inicial, visando se aproximar do paciente para saber mais sobre sua vida e sua enfermidade. Ainda nesta reunião foram aplicados 4 questionários: 1- ‘Escala de imagem corporal (BSQ)’ (ANEXO 1): Mensura a satisfação e a preocupação com a forma do corpo, sendo composta por 34 itens em escala de Likert de 6 pontos (Cooper et. al., 1987); 2- ‘Escala de compulsão alimentar periódica (BES/ ECAP)’ (ANEXO 2): Quantifica a gravidade da compulsão alimentar periódica, as cognições, os sentimentos e os comportamentos relacionados ao episódio de compulsão alimentar, sendo composta por 16 itens em escala de Likert de 4 pontos (Gormally et. al., 1982); 3- ‘Escala de qualidade de vida WHOQOL Bref’ (ANEXO 3: Avalia a qualidade de vida do paciente, sendo composta por 26 perguntas em escala de Likert. Este questionário é dividido em 4 domínios - físico, psicológico, social e meio ambiente (Whoqol bref, 1998); 4- ‘Protocolo de pesquisa clínico e sociodemográfico’ (ANEXO 4): Fornece dados gerais, como por exemplo, idade, sexo, IMC, peso, circunferência da cintura, origem do diagnóstico, escolaridade, nível sócio econômico, profissão e entre outros (Junqueira, 2009). Para aferição dos peso, altura e circunferência da cintura foram utilizados os seguintes equipamentos, respectivamente: Balança com Bioimpedância – Marca Tanita/ Modelo BC 601 ®, Estadiômetro Científico – Marca Sanny/ Modelo N° 30.25-481 ® e Fita Métrica Científica – Marca Sanny ®.

No 2º encontro ocorreu a devolutiva verbal dos instrumentos, discutindo todas as informações dos mesmos. Nesta reunião também ocorreu a confecção do instrumento ‘Diário Alimentar’. Esta ferramenta é utilizada pelos nutricionistas para maximizar o autoconhecimento do paciente em relação aos seus hábitos alimentares, envolvendo a conscientização da qualidade, quantidade e frequência da ingestão de alimentos. O paciente

foi instruído para anotar todos os horários de suas refeições, bem como os tipos de alimentos, suas quantidades ingeridas e a ocorrência ou não de episódios de compulsão alimentar. A pesquisadora enfatizou também que o participante poderia personalizar e acrescentar demais itens de sua preferência, trabalhando assim, o princípio de autonomia alimentar.

No 3º encontro os participantes foram entretidos com a dinâmica de ‘Mitos e Verdades da Alimentação Saudável’, que foi pautada nos aspectos da educação alimentar e desenvolvimento crítico quanto às informações nutricionais divulgadas nos meios de comunicação (Brasil, 2014). Tal etapa teve como propósito envolver e motivar o paciente para desmistificar alguns conceitos padronizados na mídia. O jogo foi baseado em afirmações populares, que muitas vezes acabam influenciando o modo como o paciente se enxerga, se alimenta e desempenha o seu comportamento. Perguntas realizadas: “Trocar a refeição principal por uma barra de chocolate seria uma boa alternativa?”; “Comer carboidratos a noite facilita o ganho de peso?”; “Alimentar-se somente de vegetais seria suficiente para o funcionamento adequado do seu organismo?”; “Comer uma sobremesa após o almoço faz parte da alimentação saudável?”; “Treinar excessivamente seria adequado para a saúde?”; “Ficar sem comer vários dias é uma boa alternativa para o processo de emagrecimento?”; “As frutas engordam?”; “Excluir o arroz e o feijão do cardápio seria uma saída satisfatória para o emagrecimento?”; “Repetir uma refeição é um episódio de compulsão alimentar?”; “Comer sozinho é uma boa estratégia de alimentação saudável?” e entre outras perguntas que surgiram no decorrer do jogo. Esta proposta não tinha como objetivo rotular as respostas como ‘certo ou errado’, mas sim aproveitar os ‘pré-conceitos’ dos participantes e construir um novo conhecimento sobre a alimentação saudável.

O 4ª encontro foi composto pela oficina culinária de degustação de receitas nutritivas, visando estimular novos hábitos culinários e despertar os sentidos dos pacientes para novos

sabores. Receitas degustadas: 1- Água aromatizada com abacaxi, gengibre e hortelã; 2- Sucos coloridos (laranja com couve; beterraba com morango); 3- ‘Geladinho’ (ou ‘sacolê’) de frutas da estação (manga com alecrim; maracujá com capim cidreira; laranja com banana); 4- Pipoca com páprica doce e orégano; 5- Espetinho colorido com tomate cereja, ovo de codorna e manjeriço; 6- Panqueca de aveia recheada com frango e legumes; 7- Chips de vegetais assados (banana-da-terra; batata doce; inhame; beterraba; maçã); 8- Patê de ricota com alecrim e noz moscada. Nesta dinâmica também foram apresentadas algumas estratégias, uso de temperos e possíveis combinações saborosas.

Todas as receitas preparadas foram previamente testadas e ajustadas ao perfil socioeconômico do grupo estudado, não levando em conta o quesito cultura alimentar (regionalismo alimentar) de cada participante. Para confecção das mesmas foram utilizados os eletrodomésticos da cozinha do Consultório da Nutricionista Tatiana Palotta Minari. No final da experiência foram oferecidos livretes com as receitas práticas degustadas, facilitando o aprimoramento de hábitos culinários, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014).

No 5º encontro ocorreu a análise sensorial de olhos vendados, que avaliou a interação e a proximidade do paciente com o alimento via olfato, audição e paladar. Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas, a análise sensorial se trata de um conceito científico usado para evocar, medir, analisar e interpretar reações dos atributos dos alimentos, sendo percebidas e traduzidas pelos sentidos da visão, olfato, gosto, tato e audição (Teixeira, 2009). Tal dinâmica teve como objetivo despertar a curiosidade dos pacientes para analisarem o alimento sob uma nova perspectiva (olhos vendados), estimulando a experimentação de novos sabores. Esta etapa também avaliou a proximidade do paciente com

os alimentos e a cozinha. Outro quesito analisado foi o comportamento do participante e quais estratégias ele utilizou para descobrir os alimentos oferecidos.

Já no 6º encontro foi realizada uma roda de conversa com o tema ‘Os Transtornos Alimentares e O Comportamento Alimentar’, buscando as opiniões e as experiências dos participantes. As perguntas norteadoras foram: ‘O que a comida representa para você?’; ‘Qual o seu hábito alimentar?’; ‘O que é alimentação saudável?’; ‘O que são os transtornos alimentares?’; ‘Como é sua relação com os alimentos?’. Não se esperava a conceituação ‘certa ou errada’ dos questionamentos, mas sim construir e aprimorar o ‘pré-conceito’ já existente. Posteriormente a Farmacêutica Natália Palotta Minari (Pós-graduada em Estética) e a Fisioterapeuta Adriana Palotta (Pós-graduada em Método Pilates) também conduziram uma sessão de relaxamento, respiração, automassagem, alongamento e musicoterapia, visando proporcionar bem-estar ao indivíduo e atenuar alguns sintomas do TCAP, como por exemplo, a ansiedade.

No 7º encontro foi realizada a análise sensorial do suco de laranja (com e sem adoçantes). Três copos com suco natural de laranja foram oferecidos aos participantes. O 1º copo estava adoçado com 2 gotas de stevia, o 2º copo continha 2 colheres de chá de açúcar mascavo e o 3º copo possuía apenas o suco natural. Posteriormente foi realizada uma discussão com o tema ‘A Importância dos Exercícios Físicos’, visando captar as opiniões e as experiências dos pacientes.

Por fim, no 8º encontro, os pacientes avaliaram se as intervenções contribuíram para o tratamento do TCAP e se subsidiaram conhecimentos de maneira satisfatória. Os questionários abordados no primeiro encontro foram reaplicados.

Após 2 meses das intervenções, a pesquisadora entrou em contato (telefone/ celular) com os pacientes convidando-os para um novo encontro. Este ‘follow-up’ tentou avaliar se as intervenções promoveram mudanças ou manutenção dos hábitos alimentares a longo prazo. Observação: Esta etapa não estava inclusa no cronograma do projeto de pesquisa.

ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, as variáveis “Sexo” e “Nível Socioeconômico” foram convertidas em porcentagem relativa ao total de indivíduos que participaram do estudo e plotadas em uma tabela descritiva de ‘Dados Sociodemográficos’. A variável “Idade” também foi convertida em porcentagem relativa ao total de indivíduos que participaram do estudo e plotadas em um gráfico descritivo (histograma).

Subsequentemente, para realização das estatísticas inferenciais, as variáveis “Peso”, “Índice de Massa Corporal”, “Circunferência da Cintura”, “Escala de Imagem Corporal”, “Escala de Compulsão Alimentar Periódica”, “Número de Episódios de Compulsão Alimentar” e “Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL BREF”, observadas na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais, foram submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificação de parametricidade.

As variáveis “Peso”, “Circunferência da Cintura” e “Escala de Compulsão Alimentar Periódica” foram consideradas paramétricas e, portanto, os valores dessas variáveis, observados na primeira e na oitava semana de intervenções, foram comparados pelo teste t pareado bicaudal. Já as variáveis “Índice de Massa Corporal”, “Escala de Imagem Corporal”, “Número de Episódios de Compulsão Alimentar” e “Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL BREF” foram consideradas não-paramétricas e, portanto, os valores dessas

variáveis, observados na primeira e na oitava semana de intervenções, foram comparados pelo teste de Wilcoxon bicaudal.

Um valor de $p \geq 0,05$ foi adotado para o teste de normalidade e um valor de $p \leq 0,05$ foi adotado para os demais testes. Adicionalmente, um nível de significância (α) $\leq 0,05$ foi adotado para todos os testes realizados.

Todas as análises supracitadas foram desenvolvidas utilizando-se o software GraphPad Prism 7.0, assim como a construção dos gráficos.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (CAAE: 70217317.4.0000.5415), conforme os ANEXOS 6, 7 e 8.

Os 31 indivíduos com o TCAP concordaram em participar por livre e espontânea vontade, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi elaborado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (ANEXO 5).

Sigilo e anonimato do conteúdo da pesquisa foram garantidos, visando preservar a identidade dos entrevistados. Os pacientes também foram esclarecidos sobre todos os procedimentos éticos.

RESULTADOS

RESULTADOS QUANTITATIVOS

*Dados sociodemográficos

TABELA 2. Dados Sociodemográficos da Amostra.

| VARIÁVEL | AMOSTRA (n) (TOTAL DA AMOSTRA n = 31) | PORCENTAGEM DO TOTAL DE INDIVÍDUOS (%) |
|-------------------------|---|--|
| SEXO | | |
| Feminino | n= 26 | 84% |
| Masculino | n= 5 | 16% |
| CLASSE ECONÔMICA | | |
| A | n= 3 | 10% |
| B | n= 11 | 35% |
| C | n= 16 | 52% |
| D | n= 1 | 3% |
| E | n= 0 | 0% |

A “faixa etária” dos participantes variou de 37 a 56 anos (predominância de adultos), dos quais 16% possuíam 53 anos.

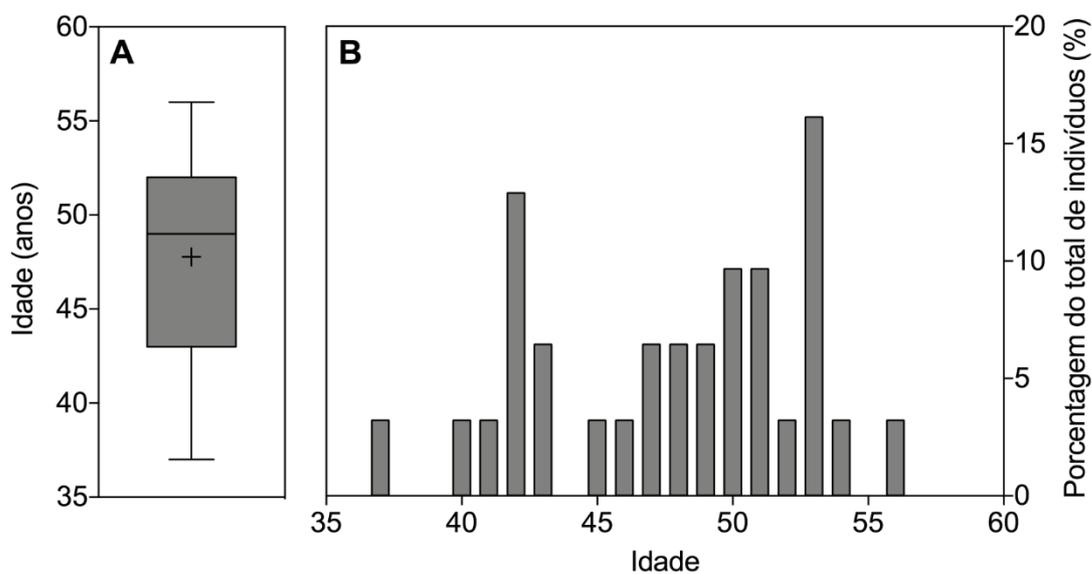


FIGURA 2. Sumarização da idade dos indivíduos participantes do estudo (A) e histograma descritivo da idade dos participantes do estudo, em porcentagem do total de indivíduos participantes (B). Em (A), o símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado.

*Peso

A variável “Peso” dos participantes reduziu significativamente, da 1ª para 8ª semana, de 93,6kg para 90,1kg, respectivamente.

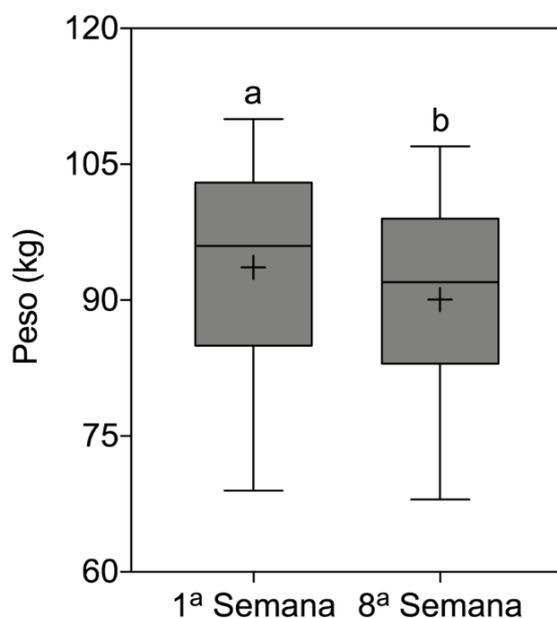


FIGURA 3. Peso dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste t pareado bicaudal).

*Índice de Massa Corporal (IMC)

Na análise do “Índice de Massa Corporal/ IMC” dos participantes foi encontrada redução significativa, da 1ª para 8ª semana, de 37,1 kg/m² - obesidade grau II (OMS, 1998) para 34,6 kg/m² - obesidade grau II (OMS, 1998), respectivamente.

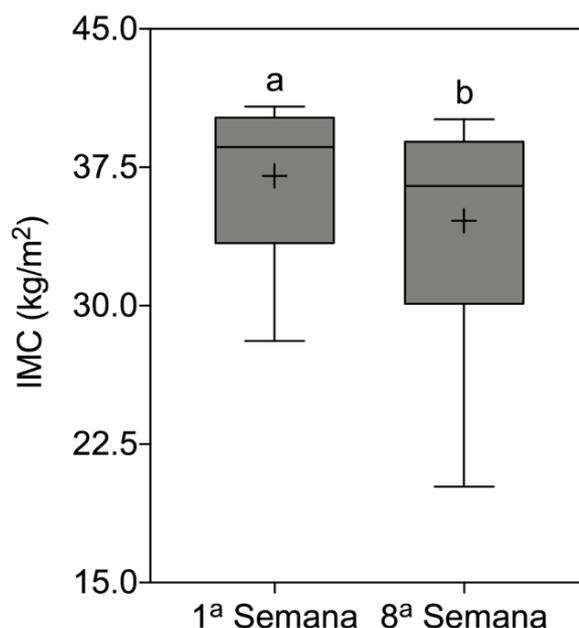


FIGURA 4. Índice de massa corporal (IMC) dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste de Wilcoxon bicaudal).

*Circunferência da Cintura

A variável “Circunferência da Cintura” também reduziu significativamente no decorrer do tempo. Na 1ª semana os participantes apresentaram o valor de 102,5 cm (média) - risco muito alto para predisposição à doenças cardiovasculares, tanto para homens, quanto para mulheres (OMS, 1998). Já 8ª semana, os participantes exibiram o valor de 97,1 cm (média) - risco muito alto para predisposição à doenças cardiovasculares em mulheres e risco para predisposição à doenças cardiovasculares em homens (OMS, 1998).

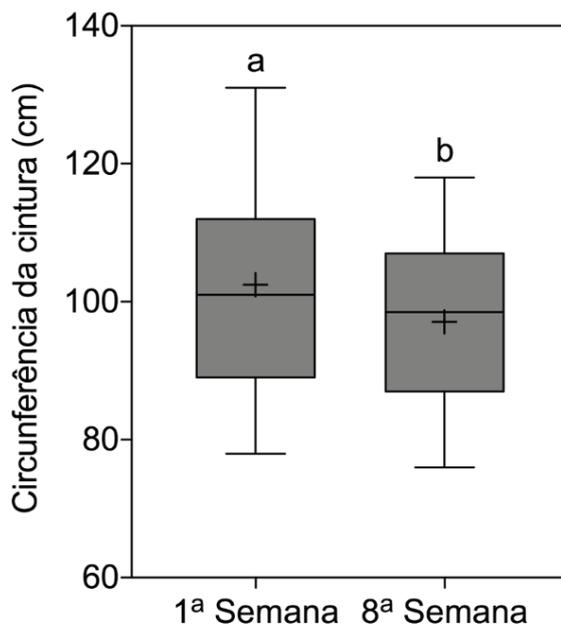


FIGURA 5. Circunferência da cintura dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste t pareado bicaudal).

*Escala de Imagem Corporal (BSQ)

O escore da “Escala de Imagem Corporal - BSQ” reduziu significativamente, da 1ª para 8ª semana, de 148 para 145 pontos, respectivamente. Os indivíduos foram classificados como insatisfeitos {escore ≥ 111 (Cooper et. al., 1987)}, em ambas semanas, embora tenham apresentado reduções expressivas entre os escores. Para serem classificados como satisfeitos necessitariam de um escore < 111 (Cooper et. al., 1987).

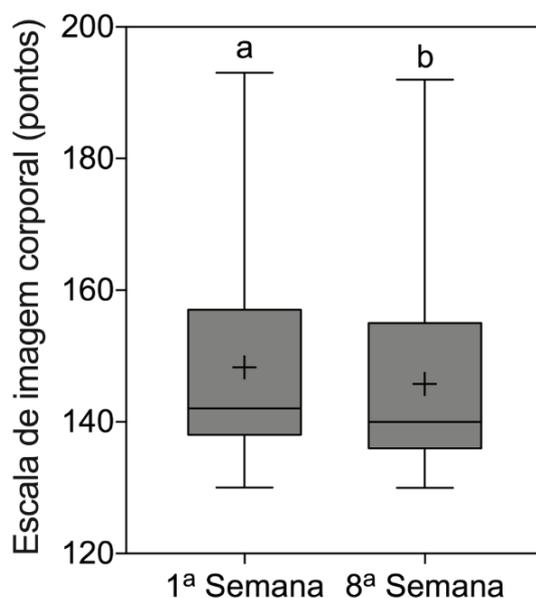


FIGURA 6. Escala de imagem corporal dos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste de Wilcoxon bicaudal).

*Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

O escore da “Escala de Compulsão Alimentar Periódica -BES” reduziu significativamente, da 1ª para 8ª semana, de 33 pontos {Compulsão Alimentar Periódica/CAP – Grave (Gormally et. al., 1982)} para 31 pontos {CAP – Grave (Gormally et. al., 1982)}, respectivamente. Segundo a classificação, os indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são classificados sem CAP. Sujeitos com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada e aqueles com pontuação maior ou igual a 27 são classificados com CAP grave (Gormally et. al., 1982).

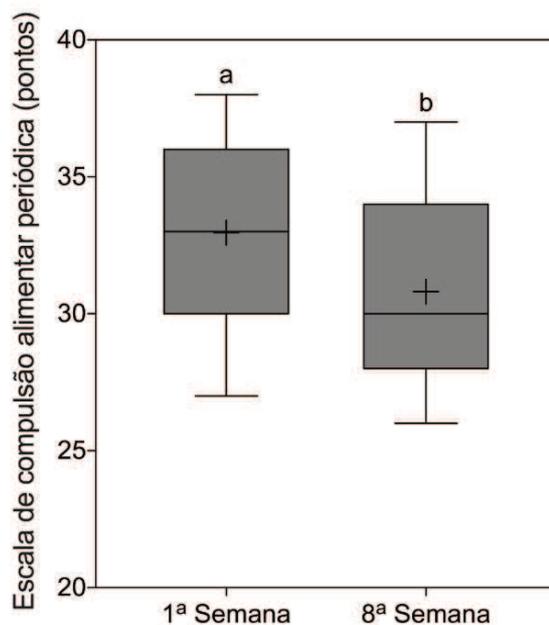


FIGURA 7. Escala de compulsão alimentar periódica apresentada pelos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste t pareado bicaudal).

*Episódios de Compulsão Alimentar

Nas análises obtidas dos “Episódios de Compulsão Alimentar”, detectou-se redução significativa, da 1ª para 8ª semana, em média de 8 para 3 episódios, respectivamente.

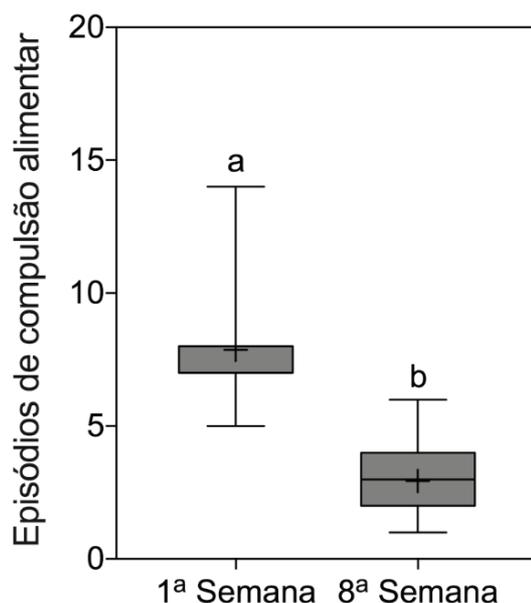


FIGURA 8. Número de episódios de compulsão alimentar dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste de Wilcoxon bicaudal).

*Escala de Qualidade de Vida WHOQOL BREF

Diante os resultados da “Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL BREF)”, foi encontrado aumento significativo dos escores, da 1ª para 8ª semana, de 45% para 64%, respectivamente. Segundo a classificação, quanto maior a porcentagem, melhor a qualidade de vida. Observações: Somente os escores desta escala foram convertidos em porcentagens, já que este questionário solicita tal conversão para possíveis interpretações e comparações com os dados da literatura (Whoqol bref, 1998).

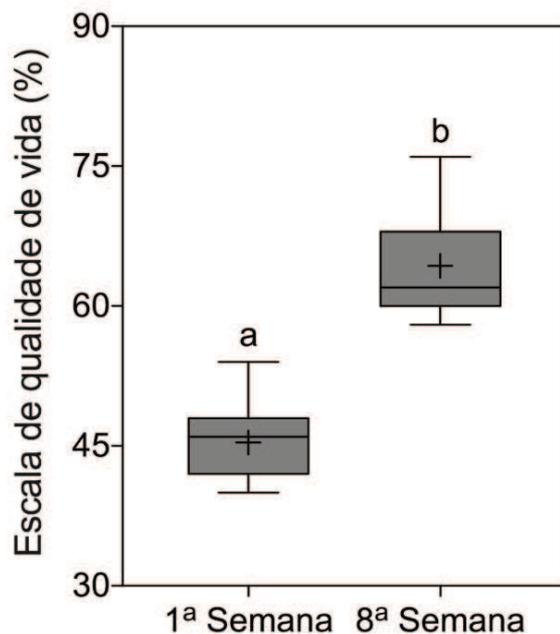


FIGURA 9. Escala de qualidade de vida (WHOQOL BREF) dos indivíduos participantes do estudo na primeira e na oitava semana de intervenções terapêuticas nutricionais. O símbolo de soma corresponde à média, a linha central da barra corresponde à mediana, o limite inferior da caixa de plotagem corresponde ao primeiro quartil, o limite superior da caixa de plotagem corresponde ao terceiro quartil, a barra de erro inferior corresponde ao valor mínimo encontrado, e a barra de erro superior corresponde ao valor máximo encontrado. Dados que não compartilham letras sobrescritas diferem significativamente ($p < 0,0001$; teste de Wilcoxon bicaudal).

*Tentativa de Follow-Up

Após 2 meses das intervenções, a pesquisadora entrou em contato (telefone/ celular) com os participantes para coletar algumas informações, visto que não foi possível realizar um novo encontro. Dos 31 participantes, 19 indivíduos relataram que conseguiram manter o peso e continuaram o monitoramento com o psiquiatra, psicólogo e nutricionista (61%). Em contraponto, os outros 12 participantes (39%), retornaram ao peso inicial e disseram que perderam a motivação para continuar os tratamentos. O contato a distância dificultou a coleta de dados e a veracidade de tais informações, já que não ocorreu comunicação presencial e visual com o paciente. Observação: Esta etapa não estava inclusa no cronograma do projeto de pesquisa.

RESULTADOS QUALITATIVOS

O envolvimento dos participantes tornou-se enriquecedor com o passar das semanas, assim como o estabelecimento de um vínculo entre o profissional e o paciente. A nutrição foi encarada sob uma nova perspectiva social e qualitativa, a partir da desconstrução de alguns mitos e tabus que são indevidamente propagados pela sociedade.

Inicialmente esta pesquisa pretendia realizar as intervenções em grupo, entretanto os participantes não aceitaram estas condições por se sentirem envergonhados com a exposição coletiva. Sendo assim, foram propostos encontros individuais, conforme a disponibilidade de cada paciente, garantindo a presença dos mesmos. Alguns indivíduos também relataram que não se sentiram confortáveis em aferir o peso e a circunferência da cintura, mas realizaram todos os procedimentos solicitados em prol da pesquisa.

No início das intervenções foi detectada grande ocorrência de episódios de compulsão alimentar na semana e alto consumo de alimentos ultraprocessados (doces, biscoitos, bolachas e refrigerantes). Por outro lado, nos últimos encontros ocorreu aumento da ingestão, oferta e exposição a alimentos in natura ou minimamente processados (vegetais, cereais, grãos integrais, leguminosas, carnes, ovos, lácteos e entre outros). Observação: Os dados descritos neste parágrafo foram retirados dos ‘Diários Alimentares’ dos participantes.

Com relação ao conceito de ‘Alimentação Saudável’, os participantes se limitaram no conceito de ‘comer frutas, verduras e legumes’ e não manifestaram sinais de sentimentos ou preferências (‘ótimo’, ‘regular’, ‘gosto’, ‘não gosto’ e entre outros). Durante o projeto nenhum alimento foi proibido, cabendo ao paciente interpretar e anotar as situações em que eles seriam ingeridos. Também foi proposto que a alimentação qualitativa deveria envolver o ato de comer intuitivamente e saborear a comida com prazer. Desta forma, os alimentos ‘desencadeadores de compulsões’, que antes eram ingeridos às escondidas, passaram

envolver contextos e circunstâncias de socialização. Os participantes também ressaltaram que as intervenções estavam contribuindo para reduzir a frequência dos episódios de compulsão alimentar e os alimentos ultraprocessados começaram a sobrar em seus estoques alimentícios.

No início do estudo os pacientes relataram que não sentiam mais a fome fisiológica, também conhecida como ‘ruído ou incômodo’ na região estomacal. Com a aprendizagem das intervenções, os participantes apontaram algumas mudanças no comportamento alimentar e no ato de prestar atenção em seus alimentos. Comentaram também que os seus sinais fisiológicos (fome e saciedade) estavam a cada dia mais evidentes.

Na oficina culinária (4º encontro) foi solicitado aos participantes que eles atribuíssem uma nota de 0 a 10 para as receitas realizadas. A média geral de satisfação e prazer ao degustar as preparações foi de 7,5. Nas semanas seguintes os participantes disseram que reproduziram algumas receitas e que estavam direcionando maior atenção para o ato de cozinhar e saborear as refeições, sobretudo quando realizadas em companhia.

Na análise sensorial de olhos vendados (5º encontro) a maioria dos pacientes apresentou dificuldade para identificar os alimentos abordados. De qualquer forma, o propósito desta dinâmica foi experimentar novos alimentos sob uma perspectiva distinta. Alimentos com maior número de erros: milho de pipoca cru, manjerição, granola, açafraão da terra, páprica doce, escarola, nabo cozido, chuchu, cravo, alecrim e damasco seco. Alimentos com maior número de acertos: canela, amendoim, tangerina, chocolate, pipoca, orégano, cenoura cozida, hortelã e uva.

Na discussão a respeito de atividades físicas (7º encontro) os participantes revelaram que não se sentiam confortáveis em realizar exercícios. Alguns indivíduos apontaram que não gostavam do ‘ambiente’ das academias ou das pistas de corridas, já que muitos olhares se direcionavam para os seus corpos. Ainda neste encontro ocorreu a análise sensorial do suco

de laranja (com e sem adoçantes), cujo resultado apontou baixa diferenciação entre o 1º e 2º copo, adoçados com stevia e açúcar mascavo, respectivamente. Os indivíduos relataram que esses primeiros sucos estavam ‘doces’. Com relação ao 3º copo (in natura), os participantes relataram que o suco estava ‘azedo’.

Os indivíduos também se mostraram inseguros quanto ao término dos encontros e sugeriram um maior tempo de duração do projeto para pesquisas futuras.

DISCUSSÃO

*Sexo, Idade e Situação Socioeconômica

Com relação a variável sexo, a pesquisa contou a participação predominante de mulheres. Estudos revelam que o TCAP ocorre em aproximadamente 3% da população, sendo que 2% são representados por mulheres e 1% por homens. Esses dados podem estar relacionados ao fato de que a insatisfação, a não aceitação e a preocupação com a imagem corporal é maior no sexo feminino, do que no sexo masculino (Arlington, 2013). A padronização de modelos belas, magras e esculpturais fazem com que a mulher se predisponha para desenvolver um ‘comportamento neurótico’ em busca de uma composição corporal irreal. Outro quesito relevante é que os estudos relacionados aos transtornos alimentares (TAs) são recentes (20 a 30 anos), ou seja, até pouco tempo atrás não se discutia sobre o tema e não haviam muitas pesquisas com participantes homens. Vale lembrar que a vaidade masculina começou a ser melhor discutida a partir do século XXI e mesmo assim este gênero ainda enfrenta muito preconceito (conservadorismo), que lhe impede de um autocuidado expressivo e igualitário (Assari, 2018; Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993).

A predominância de participantes com classe C e B pode estar relacionada ao fato de que as intervenções ocorreram em consultório particular, situado em um bairro de médio padrão econômico. Entretanto, os participantes residiam em diversas zonas (norte, sul, leste e

oeste) de S. J. Rio Preto, o que corrobora para que o resultado tenha ocorrido possivelmente ao acaso. As evidências científicas apontam que o TCAP pode incidir em indivíduos com variadas classes socioeconômicas e raças, não havendo relação entre tais variáveis e a ocorrência deste transtorno (Arlington, 2013; Assari, 2018; Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993).

Diante a faixa etária de 30 a 50 anos, percebeu-se maior participação de indivíduos adultos. Os achados literários demonstram que o TCAP pode iniciar-se na adolescência, mas a maior incidência ocorre na fase adulta. As pesquisas também indicam que as crianças tendem a ter os sinais de fome e saciedade bem consolidados (princípio biológico de sobrevivência), o que dificulta possíveis descontroles alimentares. Sendo assim, durante a infância são mais frequentes outros tipos de TAs, como por exemplo, o Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo (Arlington, 2013; Assari, 2018; Berkowitz, Stunkard, & Stallings, 1993).

*Peso, IMC, Circunferência da Cintura e Episódios de Compulsão Alimentar

O resultado positivo de tais variáveis pode ter sido consequência de não priorizar ou enfatizar a perda de peso. Desta forma, ao direcionar o tratamento para os quesitos psicológicos, a terapia nutricional se tornou mais eficaz. Segundo a literatura, não é esperada a redução dos índices antropométricos no início do tratamento dos pacientes com o TCAP, já que o indivíduo aprende a aceitar o seu formato e se relacionar melhor com os alimentos (Barnes, Ivezaj, Pittman, & Grilo, 2018; Duarte, Pinto-Gouveia, & Stubbs 2017).

A variável 'peso' incorpora sentimentos de não aceitação da imagem corporal, em conjunto com o olhar crítico do paciente diante aos corpos dos outros. As terapias baseadas na aceitação da imagem corporal encorajam as pessoas com o TCAP e obesidade a participarem de intervenções nutricionais. Os estudos também sugerem que os tratamentos

direcionem as intervenções para a aceitação e o reconhecimento corporal, facilitando o alcance de resultados mais expressivos no bem-estar e nos dados antropométricos a longo prazo (Barnes, Ivezaj, Pittman, & Grilo, 2018; Duarte, Pinto-Gouveia, & Stubbs 2017).

As reduções dos episódios de compulsão alimentar podem estar relacionadas ao desfoque na perda de peso, a priorização da saúde mental e a diminuição da hiperfagia. As intervenções que privilegiam reduzir a frequência dos episódios, acabam colaborando para que o indivíduo melhore os seus hábitos alimentares e aumente a satisfação com a sua imagem corporal (Pacanowski et. al., 2018).

*Qualidade de Vida

O progresso dos escores de qualidade de vida provavelmente foi uma consequência de todas as estratégias propostas nesta intervenção. Pesquisas envolvendo a anorexia nervosa (AN), a bulimia (BN) e o TCAP apontam sérios impactos na qualidade de vida desses pacientes, que utilizam os serviços de saúde em larga escala, aumentando assim os custos de assistência médica. Segundo a literatura, as internações são maiores em pacientes com AN ou TCAP, em comparação com a BN. Outra questão relevante é que a associação entre a obesidade e o TCAP parece ser cada vez mais frequente, o que pode contribuir para um comprometimento significativo da qualidade de vida e maior utilização de serviços de saúde a longo prazo (Ágh et. al., 2016).

*A Importância da Equipe Multidisciplinar e o Tratamento

Os dados do ganho do peso de 39% dos participantes (coletados no ‘Follow-Up’), mesmo que não representem a maior parcela da amostra, apontam que a atuação do profissional nutricionista é singular, embora necessite de demais profissionais para maximização do tratamento. É importante salientar que a especialização e a qualificação dos

profissionais que lidam com os pacientes com TAs também é fundamental, devido à complexidade da doença.

A manutenção de peso de 61% dos pacientes deixa evidente a importância da sinergia e monitoramento realizado pela equipe de profissionais especializados. A literatura destaca que o acolhimento multidisciplinar aumenta a vigilância em saúde, o cuidado e a qualidade de vida do paciente com o TCAP (Philippi, Alvarenga, & Scagliusi, 2010).

Outro fator relevante para uma boa adesão do paciente ao tratamento é a manutenção da relação de empatia e confiança com os profissionais envolvidos (Oliveira & Fonseca, 2006). A relação entre o paciente e o profissional é enriquecida conforme a consolidação de um vínculo no decorrer do tempo. Deste modo, o indivíduo aprende com o profissional e este último também adquire conhecimento e experiência com o paciente (Philippi, Alvarenga, & Scagliusi, 2010).

Atualmente o tratamento psicológico mais eficaz para o TCAP é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), com taxa de remissão dos episódios em torno de 80%. A TCC também pode ser combinada com a farmacoterapia (em casos de obesidade e depressão), a atividade física e o acompanhamento nutricional qualitativo (em pacientes que necessitem reduzir os episódios e o peso a longo prazo) (Blanchet et. al., 2018; Palavras et. al., 2017).

O ‘Programa da Atenção Plena ao Comer - Mindful Eating’ é outra forte evidência para o tratamento do TCAP. Essa terapia integra a ciência da prática da meditação com a ciência da nutrição, a consciência corporal e o autocontrole. Estudos demonstraram melhora significativa na regulação alimentar dos pacientes com o TCAP, visto que a priorização do autocontrole pode ser uma ótima alternativa ao invés de dietas restritivas severas, que incansavelmente buscam atender às normas sociais de um padrão corporal ‘perfeito’ (Kristeller & Jordan, 2018).

A prática da atenção plena envolve um processamento cognitivo, cuja a atenção é treinada para descansar suavemente a respiração, os pensamentos e as experiências emocionais, centralizando o indivíduo para o ‘presente’, sem qualquer julgamento. Essa técnica implica em maior acesso às partes importantes do cérebro (córtex pré-frontal), podendo melhorar o autocontrole e o bem-estar nas escolhas mais complexas do cotidiano (Kristeller & Jordan, 2018).

Tais práticas também podem ajudar no aumento da conscientização dos fatores desencadeadores da compulsão (fatores fisiológicos, ambientais ou emocionais) e no treinamento do comer intuitivo (respeitar os sinais de fome e saciedade). O programa não enfatiza somente a quantidade e a qualidade ingerida, mas também o aproveitamento da experiência ao comer, mudando assim o valor da recompensa do alimento sem restringi-lo (Kristeller & Jordan, 2018).

*A Importância da Atividade Física

Diante a discussão da importância dos exercícios físicos, percebeu-se que os pacientes possuem comportamentos de sedentarismo, reclusão social e vergonha de se expor nos ambientes das academias ou pistas de corridas ao ar livre. Por outro lado, as pesquisas recentes apontam que as atividades físicas podem maximizar o tratamento dos pacientes com o TCAP, colaborando para manutenção do peso e hábitos alimentares mais saudáveis (Blanchet et. al., 2018).

Uma revisão sistemática evidenciou que as atividades físicas colaboram para as reduções dos episódios de compulsão, melhorando também as outras morbidades associadas à doença. O mecanismo de ação fisiológica do exercício físico é composto por alterações neuroquímicas que afetam o sistema de recompensa no centro de fome e saciedade (hipotálamo). Sendo assim, as atividades físicas também podem ajudar a diminuir os desejos

alimentares, o estresse, os sintomas de depressão e a preocupação com a imagem corporal (Blanchet et. al., 2018).

*A Alimentação Saudável e Os Hábitos Alimentares dos Pacientes

Em face com o conceito de ‘alimentação saudável’ (relatado pelos participantes), percebeu-se baixo elo de prazer entre os alimentos ‘saudáveis’ e a preferência alimentar dos indivíduos, ou seja, não houve qualquer manifestação de sentimento, alegria ou prazer. A literatura destaca que os pacientes com o TCAP geralmente consomem poucos alimentos in natura ou minimamente processados e acabam direcionando suas preferências para os alimentos ultraprocessados. Além disso, os indivíduos com o TCAP também possuem diversas crenças e mitos relacionados a nutrição, ao nutricionista e a palavra ‘dieta’ (Philippi, Alvarenga, & Scagliusi, 2010).

Segundo os ‘10 passos para alimentação saudável’, a alimentação vai além do consumo de vegetais, frutas, arroz, feijão e porção proteica, envolvendo também questões psicossociais e comportamentais. O contexto da alimentação inicia-se desde a escolha de cada ingrediente que vai compor a refeição do indivíduo, passando pelo preparo e a cocção, até chegar à mesa. Posteriormente, a atenção plena se direciona para o ato de saborear a comida, contagiando o ambiente, a partir do momento que o indivíduo se distancia das distrações e dos meios de comunicação (Brasil, 2014).

Diante as dinâmicas que envolviam contato dos alimentos com os participantes, percebeu-se que a percepção sensorial foi baixa e a média da nota aferida para as receitas também não foi excelente. Tal fato pode estar relacionado com o critério para determinação das receitas e alimentos oferecidos, ou seja, só foi levado em conta o quesito socioeconômico e não a cultura alimentar brasileira, sobretudo o quesito regionalismo alimentar. Desta forma, contata-se que os alimentos com maior número de erros e a maioria das receitas da oficina

culinária não fazem parte dos hábitos alimentares dos participantes. Outro fator relevante é que as baixas percepções sensoriais podem também estar relacionadas ao descontrole alimentar, visto que os pacientes não se atentam aos detalhes dos alimentos ingeridos. Estudos revelam que os sinais de percepção fisiológicos de fome e saciedade podem ficar comprometidos, assim como demais sinais sensoriais do paciente com o TCAP (Barnes, Ivezaj, Pittman, & Grilo, 2018; Duarte, Pinto-Gouveia, & Stubbs 2017).

*Limitações

Esta pesquisa focou apenas na intervenção em si, não levando em conta alguns quesitos relevantes, como por exemplo, comorbidades, histórico das dietas e receitas tradicionais brasileiras. Outro fator importante é que, apesar dos dados obtidos serem estatisticamente significativos, a maioria dos resultados não foram clinicamente expressivos (sem redução da classificação de risco).

Além disso, esta foi uma intervenção com característica breve (duração de 2 meses), mas que futuramente poderia dar continuidade aos encontros com os participantes que manifestassem interesse em prosseguir. Desta forma, a probabilidade de obter redução da classificação de risco dos itens analisados, a longo prazo, seriam maiores.

Em face com a desistência de 16 participantes com TCAP, logo no início das intervenções (1º encontro), seria interessante fazer a análise do motivo pelo qual o paciente desistiu, visando aprimorar as técnicas de acolhimento inicial para os próximos estudos. Ademais, seria viável aplicar uma pesquisa de satisfação e sugestões com os 31 indivíduos que participaram dos 8 encontros, maximizando assim os recursos, as dinâmicas abordadas e a interação com os mesmos.

*Intervenções Futuras

Sugere-se às próximas intervenções maior período de duração, sobretudo com àqueles participantes que manifestarem real interesse de prosseguir com a pesquisa, e um foco majoritário no atendimento multidisciplinar, equiparados principalmente pelo cuidado da saúde mental, física e nutricional. Demais estratégias pautadas em evidências científicas recentes (com ênfase na educação nutricional), podem ser acrescentadas, como por exemplo, hortas comunitárias, técnicas de meditação, mindfulness, yoga, caminhadas ao ar livre, oficinas culinárias que abordem receitas tradicionais brasileiras e demais dinâmicas em grupo. Os próximos pesquisadores também não podem esquecer que estão cuidando de seres humanos com reações fisiológicas, bioquímicas, cognitivas e emocionais, que interagem constantemente com o meio externo.

CONCLUSÃO

As intervenções terapêuticas nutricionais modularam os dados antropométricos, o número de episódios de compulsão e os hábitos alimentares, melhorando a qualidade de vida e a relação do paciente com o alimento e sua imagem corporal. Desta forma, os participantes em tratamento tiveram quadros de recuperação mais completos, maximizando a construção da sua autonomia alimentar.

REFERÊNCIAS

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders, 21*(3), 353–364. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Alvarenga, M.S., Dunker, K.L.L., Romano, E.C.B., & Philippi, S.T. (2014). *Terapia nutricional para transtornos alimentares*. In: Philippi S.T., & Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole, 26-229.
- Anschutz, D., Engels, R., Leeuwe, J. V., & Strien, T. V. (2009). Watching your weight? The relations between watching soaps and music television and body dissatisfaction and restrained eating in young girls. *Psychol Health, 24*(9), 1035–1050. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20205044>
- Appolinário, J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(Suppl. 2), 28-31. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>
- Arlington, V. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. In (5 ed.): American Psychiatric Association, 329-354. Disponível em: http://dhss.delaware.gov/dsamh/files/si2013_dsm5foraddictionsmhandcriminaljustice.pdf
- Assari, S. (2018). Perceived Discrimination and Binge Eating Disorder; Gender Difference in African Americans. *J. Clin. Med, 7*, 89.
- Barnes, R.D., Ivezaj, V., Pittman, B.P., Grilo, C.M. (2018). Early weight loss predicts weight loss treatment response regardless of binge-eating disorder status and pretreatment weight change. *Int J Eat Disord, 00*, 1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22860>

- Brasil, M. d. S. (2014). *Guia Alimentar para População Brasileira promovendo a alimentação saudável*. Normas e manuais técnicos, Brasília, 1-158. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/12/guia-alimentar-da-populacaobrasileira.pdf>
- Berkowitz, R., Stunkard, A. J., & Stallings, V. A. (1993). Binge-eating Disorder in Obese Adolescent Girls. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 699, 200–206. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-6632.1993.tb18850.x>
- Blanchet, C., Mathieu, M.È., St-Laurent, A. (2018). A Systematic Review of Physical Activity Interventions in Individuals with Binge Eating Disorders. *Current Obesity Reports*, 7 (76). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0295-x>
- Botelho, F. C., Guerra, L. D. d. S., Pava-Cárdenas, A., & Cervato-Mancuso, A. M.. (2016). Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1889-1898. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal Eating Disorder*, 6, 485–494. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. *Einstein (São Paulo)*, 14(2), 235-277. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>

- Development of the World Health Organization. *WHOQOL-BREF quality of life assessment*. (1998). The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28(3), 551- 558. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clin Psychol Psychother*, 24(6), O1437-O1447. Disponível em: [doi:10.1002/cpp.2094](https://doi.org/10.1002/cpp.2094)
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*, 7, 47-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7080884>
- Haines, J., Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S., Field, A. E., & Austin, S. B. (2010). Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eat Disorder*, 18(1), 10-24. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/10640260903439516>
- Junqueira, S. A. E. (2009). *Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-29062009-121226/pt-br.php>
- Kelly, B., Halford, J. C. G., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castaño, I., Berg, C., & Summerbell, C. (2010). Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1730–1736. Disponível em: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.179267>
- Kime, N. (2008). Children's eating behaviours: the importance of the family setting. *Area*, 40, 315–322. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2008.00834.x>

- Kristeller, J. L., & Jordan, K. D. (2018). Mindful Eating: Connecting With the Wise Self, the Spiritual Self. *Frontiers in Psychology*, 9. Disponível em: doi:10.3389/fpsyg.2018.01271
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., & Fernández-Aranda, F. (2008). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: A multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101(6), 909-918. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/associations-of-individual-and-family-eating-patterns-during-childhood-and-early-adolescence-a-multicentre-european-study-of-associated-eating-disorder-factors/D909A69E50139C101525E34D4DCE8EB4>
- Köster, E. P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: a psychological perspective. *Food Qual Prefer*, 20, 70-82. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0950329307001589>
- Olivera, G. A. de, & Fonsêca, P. N. da. (2006). A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18. Recuperado em 02 de março de 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Pacanowski, C. R., Mason, T. B., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2018). Weight Change over the Course of Binge Eating Disorder Treatment: Relationship to Binge Episodes and Psychological Factors. *Obesity* (Silver Spring). Disponível em: doi:10.1002/oby.22149
- Palavras, M.A.; Hay, P.; Filho, C.A.S.; Claudino, A. (2017). The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with

Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese—A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients*, 9, 299.

Philippi, S. T., Alvarenga, M.S., & Scagliusi, F. B.(2010). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri, Manole, 521.

Rossi, A., Moreira, E., Addison, M., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000600012>

Teixeira, A. L.V. (2009). Análise Sensorial na Indústria de Alimentos. *Revista do Instituto de Laticínios*. Cândido Tostes, 64 (366), 12-21. Disponível em: <https://www.revistadoilct.com.br/rilct/article/download/70/76>

World Health Organization. (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998. (WHO technical report series).

ANEXO 1

ESCALA DE IMAGEM CORPORAL (BSQ). AUTORES: (COOPER, TAYLOR, COOPER, & FAIRBUM, 1987, 485-494). TRADUTORES: (DI PIETRO, XAVIER E SILVEIRA 2003).

Nome: _____ Data: ___/___/___.

Idade: _____ anos Peso: _____ kg Altura: _____ cm

IMC: _____

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas:

| Por favor, responda as seguintes questões: | Sempre | Muitas vezes | Às vezes | Poucas vezes | Quase nunca | Nunca |
|---|--------|--------------|----------|--------------|-------------|-------|
| 1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física? | | | | | | |
| 2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta? | | | | | | |
| 3 - Já lhe ocorreu que suas coxas, seus quadris e suas nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | | | | | | |
| 4 - Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo? | | | | | | |
| 5 - Você anda preocupada (o) achando que seu corpo não é firme suficiente? | | | | | | |
| 6 - Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado? | | | | | | |
| 7 - Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar? | | | | | | |
| 8 - Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar? | | | | | | |
| 9 - Estar com pessoas magras do mesmo sexo que o seu faz você reparar em sua forma física? | | | | | | |
| 10 - Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta? | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento? | | | | | | |
| 12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem? | | | | | | |
| 13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (p. ex., ver televisão, ler ou acompanhar uma conversa)? | | | | | | |
| 14. Ao estar nu (nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo (a)? | | | | | | |
| 15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física? | | | | | | |
| 16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas do seu corpo? | | | | | | |
| 17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)? | | | | | | |
| 18. Você já deixou de participar de eventos Sociais (p. ex., festas) por se sentir mal com relação à sua forma física? | | | | | | |
| 19. Você se sente muito grande e arredondado (a)? | | | | | | |
| 20. Você sente vergonha do seu corpo? | | | | | | |
| 21. A preocupação com sua forma física leva-o (a) a fazer dieta? | | | | | | |
| 22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (p.ex., pela manhã)? | | | | | | |
| 23. Você acredita que sua forma física se deve à sua falta de controle? | | | | | | |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago? | | | | | | |
| 25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você? | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)? | | | | | | |
| 27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (p.ex., sentado (a) num sofá ou no banco de um Ônibus)? | | | | | | |
| 28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio (a) de dobras ou banhas? | | | | | | |
| 29. Ver seu reflexo (p.ex., num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico? | | | | | | |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | | | | | | |
| 31. Você evita situações nas quais outras pessoas possam ver seu corpo (p.ex., vestiários ou banhos de piscina)? | | | | | | |
| 32. Você já tomou laxantes para se sentir mais Magro (a)? | | | | | | |
| 33. Você fica mais preocupado (a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas? | | | | | | |
| 34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios? | | | | | | |

ANEXO 2

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP) (BINGE EATING SCALE / BES). AUTORES: (GORMALLY, BLACK, DASTON, & RARDIN, 1982, P. 45-55) ; TRADUTORES: (FREITAS & APPOLINARIO, 2001).

Nome _____

Data: ___/___/___

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

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

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

6

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

7

- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo (a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo (a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado (a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado (a).

9

() 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio (a).

() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio (a) mas, de vez em quando, como demais me deixa desconfortavelmente empanturrado (a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado (a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho (a).

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido (a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado (a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

() 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão preocupados em tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado (a) estão ocupadas por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar preocupados com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

ANEXO 3

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL BREF (VERSÃO EM PORTUGUÊS ABREVIADA) (DEVELOPMENT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, P.551-558)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|---|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre: **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(s) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão agradável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atitudes)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre: **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | meio | muito | completamente |
|----|---|------|-------------|------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

| | | muito ruim | ruim | nem muito nem bom | bom | muito bom |
|----|--|------------|------|-------------------|-----|-----------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | 1 muito insatisfeito | 2 insatisfeito | 3 nem insatisfeito nem satisfeito | 4 satisfeito | 5 muito satisfeito |
|----|--|-------------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

| | | 1 nunca | 2 algumas vezes | 3 frequentemente | 4 muito frequentemente | 5 sempre |
|----|---|------------|--------------------|---------------------|---------------------------|-------------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

PROTOCOLO DE PESQUISA CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO

(JUNQUEIRA, 2009).

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. Iniciais do Nome: | | | |
| 2. Registro: | | | |
| 3. Data de Admissão: | | | |
| 4. Data de Nascimento: | | 5. Idade (anos completos): | |
| 6. Cor de Pele: | 0) Falta informação | 7. Sexo: | 0) Falta informação |
| | 1) Amarelo | | 1) Feminino |
| | 2) Branco | | 2) Masculino |
| | 3) Pardo | | |
| | 4) Preto | | |
| 8. Grau de Instrução: (anos de estudo) | 0) Falta informação | | |
| | 1) Analfabeto | | |
| | 2) 1º grau ou fundamental incompleto | | |
| | 3) 1º grau ou fundamental completo | | |
| | 4) 2º grau ou médio incompleto | | |
| | 5) 2º grau ou médio completo | | |
| | 6) Superior incompleto | | |
| | 7) Superior completo | | |
| 9. Profissão: | 0) Falta informação | | |
| | 1) Não tem | | |
| | 2) Do Lar | | |
| | 3) Estudante | | |
| | 4) Outra, qual: | | |
| 10. Atividade Profissional: (descrever o motivo) | 0) Falta informação | | |
| | 1) Ativo | | |
| | 2) Inativo por: | | |
| | 3) Afastado por: | | |
| | 4) Aposentado por: | | |
| 11. Tempo da Atividade Profissional: (descrever o tempo em meses) | 0) Falta informação | | |
| | 1) Quantos meses: | | |
| 12. Renda Pessoal: (salário mínimo = _____) | 0) Falta informação | | |
| | R\$ _____ | Valor Pessoal | |
| | R\$ _____ | Valor Total | |
| 13. Estado Civil: | 0) Falta informação | 14. Número de filhos: | 0) Falta informação |
| | 1) Amasiado | | 1) Tem, quantidade: |
| | 2) Casado | 2) Não tem filhos | |
| | 3) Desquitado | | |
| | 4) Divorciado | 15. Com quem reside: | 0) Falta informação |
| | 5) Separado | | 1) Reside só |
| | 6) Solteiro | | 2) Família originária |
| | 7) Viuvo | | 3) Família conjugal |
| | 4) Parentes ou amigos | | |

| | | | |
|-----------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| 16. Religião: | 0) Falta informação | 17. Prática da Religião: | 0) Falta informação |
| | 1) Católica | | 1) Praticante |
| | 2) Evangélica | | 2) Não Praticante |
| | 3) Espirita | | |
| | 4) Indefinida | | |
| | 5) Sem religião | | |
| 6) Outra, qual: | | | |

| | | |
|-------------------------------|---------------------|--|
| 18. Doença Mental na Família: | 0) Falta informação | |
| | 1) Não | |
| | 2) Sim, parentesco: | |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--|
| 19. Cidade de Nascimento: | 0) Falta informação | |
| | 1) Ribeirão Preto | |
| | 2) Outra, qual: | |

| | | |
|---------------------------|---------------------|--|
| 20. Estado de Nascimento: | 0) Falta informação | |
| | 1) São Paulo | |
| | 2) Outro, qual: | |

| | | |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| 21. Cidade de Procedência: | 0) Falta informação | |
| | 1) Ribeirão Preto | |
| | 2) Cidades da DIR XVIII, qual: | |
| | 3) Outra, qual: | |

| | | |
|----------------------------|---------------------|--|
| 22. Estado de Procedência: | 0) Falta informação | |
| | 1) São Paulo | |
| | 2) Outro, qual: | |

| | |
|-----------|---------------------|
| 23. Área: | 1) Falta informação |
| | 2) Urbana |
| | 3) Rural |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| 24. Origem do Encaminhamento: (serviço) | 0) Falta informação | |
| | 1) Ambulatório HC | |
| | 2) ARSM – Ribeirão Preto | |
| | 3) Consultório Particular | |
| | 4) Consultório Convênio | |
| | 5) Enfermaria Psiquiátrica HC | |
| | 6) EPIB | |
| | 7) Hospital Santa Tereza | |
| | 8) Unidade de Emergência | |
| | 9) Outro, Qual: | |
| | 10) Sem encaminhamento | |

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Intervenções Terapêuticas Nutricionais nos Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica Grave



Você gostaria de participar de um estudo?

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). O título

desta pesquisa é “Intervenções Terapêuticas Nutricionais nos Pacientes com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica Grave”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados, aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento e também poderá aumentar o seu conhecimento a respeito dos transtornos alimentares.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Este projeto visa oferecer uma abordagem educacional e nutricional para os pacientes com o TCAP, cujas principais metas são a regularização do hábito alimentar (diminuir os episódios de compulsão) e o aumento do conhecimento a respeito da alimentação saudável. Desta forma, os pacientes serão submetidos a dinâmicas, discussões, análise sensorial, oficina culinária, técnicas de relaxamento e entre outros.



COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado inicialmente por meio de folhetos e posteriormente por contato via telefone.

O estudo será realizado por recrutamentos e entrevistas de pacientes com transtornos de compulsão alimentar periódica, tanto no Hospital de Base de São José do Rio Preto, quanto em Consultório Clínico da Nutricionista Tatiana Palotta Minari. A pesquisa será realizada no período de agosto a novembro de 2017, visando coletar dados para caracterização dos entrevistados e apreender a experiência vivida acerca dos transtornos alimentares. No decorrer do projeto os participantes receberão intervenções nutricionais terapêuticas estabelecidas por 8 encontros semanais.

Suas respostas e seu comportamento serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade. Vale lembrar que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?



Os procedimentos poderão trazer apenas possíveis constrangimentos aos pacientes com transtornos alimentares com relação as suas respostas, não havendo, portanto,

riscos significativos e adicionais a sua saúde. Talvez você não receba nenhum benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para verificar se as intervenções terapêuticas irão reduzir as inadequações alimentares (como os episódios de compulsão), promover hábitos alimentares saudáveis e melhorar, assim, a relação do indivíduo para com o alimento e o corpo. Desta forma, os pacientes em tratamento poderão ter quadros de recuperação mais completos, facilitando assim o processo de construção da autonomia alimentar, bem como melhora da qualidade de vida.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir da pesquisa e de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pela pesquisadora Tatiana Palotta Minari. Você também não receberá pagamento pela participação. Você também será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a pesquisadora responsável Dr.^(a) Tatiana Palotta Minari pelo e-mail tatianaminari@gmail.com ou pelo telefone: (17) 981434200 ou pelo endereço Rua Antônio Marcos de Oliveira, 205, AP121, Torre II – CEP 15092-470, Jardim Tarraf II.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br ou pelo endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – CEP: 15090 –

000; São José do Rio Preto, São Paulo Brasil; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP



Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
(Nome e Assinatura)

Orientador
(Nome e Assinatura)

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – CEP/FAMERP
 Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro – Fone/fax: 17 – 32015813
 São José do Rio Preto – SP

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que:

- Tenho ciência dos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e que cumprirei os mesmos;
- Que tornarei público os resultados do projeto de pesquisa “Intervenção Terapêutica Alimentar e Nutricional nos Transtornos Alimentares” sejam eles favoráveis ou não;
- Que há infraestrutura necessária para o desenvolvimento do referido projeto.

São José do Rio Preto, 09 de junho de 2017.

Tatiana Palotta Minari
 Nutricionista
 CRN: 50979/P

Tatiana Palotta Minari

Responsável pelo projeto

Fabiane G. Oliveira
 Nutricionista
 CRN 14404

Nome e Setor
 chefe

Nome e Setor

Gerardo M. de Araújo Filho
 Psiquiatra
 CRM SP 185.711

Orientador

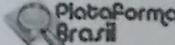
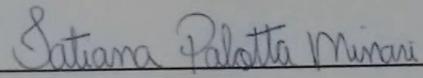
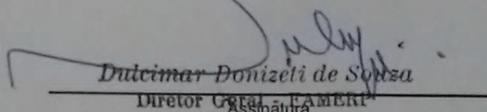
Dr. Jorge Fares
 Diretor Executivo
 Nome e Setor

Nome e Setor

Obs. Solicitar assinaturas e carimbos de todos os responsáveis direta e indiretamente por essa pesquisa, por exemplo: responsáveis pelo departamento, disciplina, serviço, andar, médicos e chefia de enfermagem responsáveis pelo sujeito da pesquisa (paciente).

ANEXO 7

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
PLATAFORMA BRASIL**

|  MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | |
|---|---|---------------------|--|
| 1. Projeto de Pesquisa: Intervenção terapêutica alimentar e nutricional nos transtornos alimentares | | | |
| 2. Número de Participantes da Pesquisa: 30 | | | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: Grande Área 4 - Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: TATIANA PALOTTA MINARI | | | |
| 6. CPF: 398.303.398-90 | 7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO MARCOS DE OLIVEIRA JARDIM TARRAF II 205; Apto 121; Torre II SAO JOSE DO RIO PRETO SAO PAULO 15092470 | | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | 9. Telefone: 17981434200 | 10. Outro Telefone: | 11. Email: tatianaminari@gmail.com |
| Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. | | | |
| Data: <u>09 / 06 / 17</u> | | | Tatiana Palotta Minari Nutricionista CRN: 50979/P  Assinatura |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 12. Nome: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP | 13. CNPJ: 00.326.036/0001-60 | 14. Unidade/Orgão: | |
| 15. Telefone: (17) 3201-5813 | 16. Outro Telefone: | | |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. | | | |
| Responsável: | <u>Dulcimar Donizeti de Souza</u> | CPF: | <u>076.484.988-39</u> |
| Cargo/Função: | <u>Diretora Geral</u> | | |
| Data: | <u>13 / 06 / 17</u> | | |
| | | |  Dulcimar Donizeti de Souza Diretora Geral - FAMERP Assinatura |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | | | |
| Não se aplica. | | | |

ANEXO 8

COMPROVANTE DA PLATAFORMA BRASIL

| DETALHAR PROJETO DE PESQUISA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|----------|-------------|---------------|------------|------------------------------|---|-------------------|---------------------------|----------|-------------|---------------|------------|------------------------------|-------|----|------------------------|---|------------|------------|----------|-----|---|
| <p>DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Intervenção terapêutica alimentar e nutricional nos transtornos alimentares Pesquisador Responsável: TATIANA PALOTTA MINARI Área Temática: Versão: 1 CAAE: 70217317.4.0000.5415 Submetido em: 20/06/2017 Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_832128</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> [-] Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> [-] Pendência Documental (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> [-] Currículo dos Assistentes [-] Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> [-] Comprovante de Recepção - Submissão [-] Declaração de Instituição e Infraestrutura [-] Folha de Rosto - Submissão 2 [-] Informações Básicas do Projeto - Submissão [-] Projeto Detalhado / Brochura Investigação [-] TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa [-] Apreciação 2 - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto [-] Projeto Completo </div> <div style="flex: 2;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tipo de Documento</th> <th>Situação</th> <th>Arquivo</th> <th>Postagem</th> <th>Ações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> | | | | | | | | Tipo de Documento | Situação | Arquivo | Postagem | Ações | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Documento | Situação | Arquivo | Postagem | Ações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Apreciação *</th> <th>Pesquisador Responsável *</th> <th>Versão *</th> <th>Submissão *</th> <th>Modificação *</th> <th>Situação *</th> <th>Exclusiva do Centro Coord. *</th> <th>Ações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO</td> <td>TATIANA PALOTTA MINARI</td> <td>1</td> <td>20/06/2017</td> <td>18/07/2017</td> <td>Aprovado</td> <td>Não</td> <td>   </td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | Apreciação * | Pesquisador Responsável * | Versão * | Submissão * | Modificação * | Situação * | Exclusiva do Centro Coord. * | Ações | PO | TATIANA PALOTTA MINARI | 1 | 20/06/2017 | 18/07/2017 | Aprovado | Não |     |
| Apreciação * | Pesquisador Responsável * | Versão * | Submissão * | Modificação * | Situação * | Exclusiva do Centro Coord. * | Ações | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PO | TATIANA PALOTTA MINARI | 1 | 20/06/2017 | 18/07/2017 | Aprovado | Não |     | | | | | | | | | | | | | | | | |