



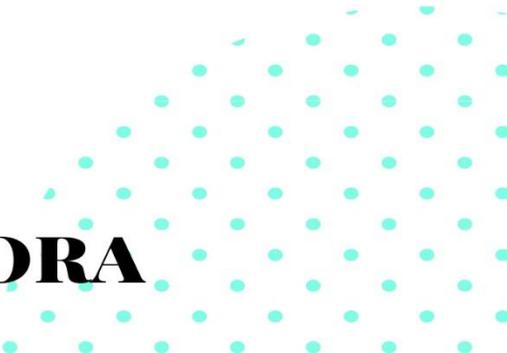
ISADORA ASCIUTTI MOURA



**TRATAMENTO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO
DA COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICA: UMA REVISÃO**



CONTATOS EDITORA



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Moura, Isadora Asciutti

Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno da compulsão alimentar periódica [livro eletrônico] : uma revisão / Isadora Asciutti Moura. -- João Pessoa, PB : Ed. da Autora, 2023.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-90681-3

1. Comportamento alimentar 2. Distúrbios alimentares 3. Obesidade 4. Psicoterapia
5. Terapia cognitivo-comportamental I. Título.

24-189091

CDD-616.89142019

Índices para catálogo sistemático:

1. Transtornos : Tratamento : Terapia
cognitivo-comportamental : Medicina : Aspectos
psicológicos 616.89142019

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

RESUMO

Os Transtornos alimentares (TA) são distúrbios do comportamento alimentar, caracterizados por hábitos alimentares inadequados. As pressões sociais e culturais quanto ao estereótipo de beleza nas sociedades ocidentais é um dos principais fatores que motivam o desenvolvimento de TA. O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é uma nova categoria diagnóstica que se caracteriza por episódios de compulsão alimentar, seguidos de sentimentos de culpa, angústia e falta de controle sobre a ingestão alimentar, tendo fracassos repetidos, flutuações e ciclagens de peso, sendo a maioria das pessoas diagnosticadas com TCAP obesa. Estas pessoas desenvolvem uma baixa autoestima acompanhada de isolamento social, rejeição, comprometimento nas relações familiares, o que pode levar ao desenvolvimento de transtornos comórbidos como os transtornos afetivos, de ansiedade, e até transtornos de personalidade, indicando a necessidade de tratamento efetivo. O Objetivo Geral deste estudo, pois, é apresentar o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e sua relação com a obesidade, propondo o uso da Terapia Cognitivo-comportamental como tratamento psicoterápico mais eficaz do distúrbio, a partir de uma revisão bibliográfica com base nos bancos de dados Scielo, Google Escolar, Psychinfo, entre outros. Os tratamentos para o TCAP e obesidade são multiprofissionais, incluindo principalmente reeducação nutricional, tratamento medicamentoso, orientado por psiquiatras, psicoterapia, exercícios físicos. Os resultados mais animadores de psicoterapia são encontrados na Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) por possibilitar um foco no problema em questão, orientando pensamentos e comportamentos alimentares adaptativos para diminuir a frequência dos comportamentos de comer compulsivo. Todos os dados sugerem que a TCC é o tratamento mais adequado para o TCAP, apontando uma melhora significativa nos episódios de compulsão alimentar com o seu uso, com uma melhora na gravidade dos episódios de compulsão alimentar e perda significativa de peso, e melhora no quadro dos transtornos comórbidos, principalmente depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Transtorno de compulsão Alimentar periódica; Obesidade; Terapia cognitivo-comportamental; Psicoterapia.

ABSTRACT

The Eating Disorders (ED) are characterized by poor eating habits. The pressures on the social and cultural beauty stereotype in Western societies is one of the main factors that motivate the development of ED. The Binge Eating Disorder (BED) is a new diagnostic category that is characterized by episodes of binge eating followed by feelings of guilt, anxiety and lack of control over food intake, and repeated failures, fluctuations and weight cycling, and most people diagnosed with BED are obese. These people develop a low self-esteem accompanied by social isolation, rejection, involvement in family relationships, which can lead to the development of comorbid disorders such as affective disorders, anxiety, and even personality disorders. The general objective of this study therefore is to present the Binge Eating Disorder and its relationship with obesity, proposing the use of Cognitive-behavioral psychotherapy as more effective treatment of the disorder, from a literature review based on banks Scielo, Google School, PsychInfo, among others. The treatments for BED and obesity are multidisciplinary, mainly including dietary education, drug treatment, supervised by psychiatrists, psychotherapy, exercise. The most encouraging results are found in psychotherapy Cognitive-behavioral therapy (CBT) for enabling a focus on the problem at hand, guiding thoughts and maladaptive eating behaviors to decrease the frequency of binge eating behaviors. All data suggest that CBT is the most appropriate treatment for BED, indicating a significant improvement in episodes of binge eating with their use, with an improvement in the severity of binge eating episodes and significant weight loss and improvement in the of comorbid disorders, especially depression and anxiety.

Keywords: Eating disorders; Binge eating disorder. Obesity. Cognitive-behavioral therapy; Psychotherapy.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Resultados de estudios comparativos de Eficácia dos tratamientos para TCAP..... 37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	10
3 DESENVOLVIMENTO.....	11
3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES	11
3.2 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	16
3.3 OBESIDADE E TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	22
3.4 TRATAMENTOS PARA O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA.....	27
3.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E OBESIDADE.....	29
4 CONCLUSÕES.....	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos alimentares (TA) são distúrbios do comportamento alimentar, caracterizados por hábitos alimentares inadequados. Os comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação são orientados ao emagrecimento, por isso, há uma forte correlação destes desvios com uma grande insatisfação com peso e imagem corporal, que começa por volta da adolescência e da fase de adulto jovem, em que há preocupação com a aparência, massa e imagem, afetando a autoestima de alguns jovens.

Estes transtornos são multideterminados, sendo as pressões sociais e culturais quanto ao estereótipo de beleza nas sociedades ocidentais, um dos principais fatores que motivam a restrição alimentar, e, por conseguinte, o desenvolvimento de TA. No entanto, também acontecem fortes influências por parte da família e características de personalidade como baixo controle sobre habilidades e talentos, perfeccionismo, autovalorização distorcida, excessiva preocupação com a opinião dos outros, o que pode se manifestar como baixa autoestima e alto nível de ansiedade social.

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é uma nova categoria diagnóstica que se caracteriza por episódios de compulsão alimentar, seguidos de sentimentos de culpa, angústia e falta de controle sobre a ingestão alimentar, com ocorrência de fracassos repetidos, flutuações e ciclagens de peso.

Por todas estas características, a maioria das pessoas diagnosticadas com TCAP é obesa, e entre estas pessoas, a obesidade se desenvolve mais precocemente, a primeira dieta ocorre em idade mais jovem e há maior oscilação do peso corporal. Como acontece com outros TA, as pessoas com TCAP tem uma imagem negativa de si mesmas; uma vez que, no mundo contemporâneo, os obesos são alvo de preconceito e estereótipos, eles desenvolvem uma baixa autoestima acompanhada de isolamento social, rejeição, comprometimento nas relações familiares, o que pode levar ao desenvolvimento de transtornos comórbidos como os transtornos afetivos, de ansiedade, e até transtornos de personalidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é um dos maiores problemas contemporâneos, atingindo grande parte das pessoas dos países desenvolvidos, e aumentando sua incidência cada vez mais nos países subdesenvolvidos. No Brasil, esta doença já

atinge 15,8% da população, se constituindo como uma epidemia mundial. Por esta elevada importância, a obesidade tem sido cada vez mais estudada.

A etiologia da obesidade é multifatorial e seu diagnóstico depende de critérios antropométricos, no entanto, são encontradas diversas outras características de fatores psicológicos, comportamentais, ambientais, socioculturais, genéticos e fisiológicos envolvidos nesta doença.

Sendo o sobrepeso característico no grupo de pessoas com TCAP, além do impacto social, este exerce uma grave influência na qualidade de vida e diminuição do tempo de vida, por conta de dificuldades impostas por esta condição física, como a incidência de alterações endocrinológicas, problemas articulares, dificuldades durante o sono, diabetes, hipertensão e doenças coronarianas.

Sendo o TCAP um diagnóstico novo e sua etiologia tão complexa quanto a dos demais TA, envolvendo a presença de obesidade na maioria dos diagnosticados com esta patologia, se faz necessário, no meio acadêmico, o aprofundamento dos estudos sobre tal distúrbio e sobre o tratamento mais eficaz para a recuperação dos pacientes e redução do peso corporal, visando à promoção de saúde e qualidade de vida, podendo ser indicada a Terapia Cognitivo-comportamental.

Os pacientes com TCAP apresentam uma sintomatologia de ingestão excessiva de alimentos, utilizando-se da comida para aliviar afetos negativos, ansiedade, problemas psicológicos, utilizando para este fim alimentos de alto teor calórico, com porcentagem maior de gorduras, e rejeição a certos grupos de alimentos, o que agrava a culpa e diminui ainda mais a autoestima, fatores associados ao transtorno, sendo indispensável, no tratamento do TCAP, o foco nestes episódios de comer compulsivo.

Os tratamentos para o TCAP e obesidade são multiprofissionais, incluindo principalmente reeducação nutricional, tratamento medicamentoso, orientado por psiquiatras, psicoterapia, exercícios físicos. Alguns dos medicamentos utilizados no tratamento psiquiátrico são os Inibidores Seletivos de Serotonina e as drogas psiquiátricas que tratam os transtornos comórbidos comuns neste transtorno da alimentação.

Os tratamentos psicoterápicos mais citados para pacientes com TCAP são a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Psicoterapia Interpessoal e Grupos de autoajuda orientados. No entanto, os resultados mais animadores no tratamento deste distúrbio são encontrados na Terapia

Cognitivo-Comportamental, por possibilitar um foco no problema em questão, orientando pensamentos e comportamentos alimentares adaptativos para diminuir a frequência dos comportamentos de comer compulsivo. Os pacientes são encorajados a buscar formas de gasto calórico, modificar as pistas para buscar a alimentação, em vez de comer para sentir-se menos triste, comer nas horas definidas pelo nutricionista, estimulando-se uma autoimagem positiva.

Os pacientes, então, aprendem a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, e a utilizar técnicas para mudar humor, pensamento e comportamento. São utilizadas no processo psicoterapêutico técnicas como a Conceituação cognitiva para identificar como os problemas se desenvolveram e como são mantidos pelas contingências externas; Auto monitoração, para que o paciente identifique os problemas na sua alimentação, reconhecendo pensamentos automáticos relacionados ao comportamento compulsivo; Reestruturação Cognitiva, em que são investigadas as crenças que norteiam os pensamentos disfuncionais; Modificação de Hábitos alimentares; Abordagem da autoestima, para promover auto aceitação e manutenção de expectativas realistas quanto ao peso ideal; Estratégias comportamentais de enfrentamento com a elaboração de comportamentos alternativos para o controle das condutas alimentares.

O Objetivo Geral deste estudo é, portanto, apresentar o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e sua relação com a obesidade, propondo o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental como tratamento psicoterápico mais eficaz do distúrbio.

Os Objetivos Específicos são: Apresentar os Transtornos Alimentares; Expor os tratamentos mais comuns para os Transtornos Alimentares; Discorrer sobre o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; Identificar a relação existente entre Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e a Obesidade; Indicar os tratamentos mais utilizados no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica; Apresentar a Terapia Cognitivo-Comportamental como técnica psicoterápica para tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e obesidade.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo apresentado é do tipo exploratório quanto ao objetivo, uma revisão bibliográfica, que, segundo Cosby (2003), é a busca e revisão de estudos e relatos de pesquisas realizadas anteriormente sobre o objeto em questão. O presente trabalho foi realizado com base nos resultados de buscas em bancos de dados como o Scielo, Google Escolar, Psychinfo, entre outros, ao utilizar as palavras-chave e suas combinações: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, Transtornos alimentares, Tratamento Cognitivo-Comportamental, Tratamento dos Transtornos alimentares; Terapia Cognitivo-Comportamental.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os Transtornos Alimentares (TA) listados no DSM IV são Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtornos Alimentares sem Outra Especificação, incluído nesta categoria o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Os TA caracterizam-se por uma perturbação no comportamento alimentar, com hábitos alimentares inadequados orientados à redução de peso, resultante de uma preocupação excessiva com forma e massa corporal. Estes desvios de comportamento podem levar ao emagrecimento extremo, com alto índice de mortalidade, ou à obesidade, dentre outras patologias associadas com estes transtornos (Lofrano-Prado, 2011; Filho, Magalhães & Tavares, 2009).

Nestes transtornos, as contribuições mais significativas para a etiologia parecem ser socioculturais, já que acontecem com mulheres jovens, que vivem em um ambiente competitivo no aspecto social, e fazem parte das classes socioeconômicas, alta e média alta (Hornbacher, 2010; Espíndola & Blay, 2006; Filho, Magalhães & Tavares, 2009). A insatisfação com a imagem corporal é um fator de risco para o desenvolvimento destas doenças, sobretudo nas fases da adolescência e de adulto jovem, período de transformações em que há grande preocupação com aparência, massa e imagem, afetando a relação do indivíduo com o corpo, e sua autoestima (Lofrano-Prado, 2011). Estima-se uma prevalência da AN entre 0,5 e 1% para mulheres dos 15 aos 24 anos (Machado et al., 2001) e em torno de 1 a 3% da BN, sendo mais frequente nas sociedades ocidentais, na raça branca, e em pessoas cujas profissões valorizam a magreza (Hornbacher, 2010; Rangé, 2001).

Sendo assim, as pressões sociais e culturais para ser magro são grandes motivadoras da restrição alimentar por meio de dieta severa, o primeiro passo perigoso para o desenvolvimento dos TA. Para as mulheres jovens que vivem em ambientes competitivos de classe média a média alta, a autovalorização, a felicidade e o sucesso são determinados, em grande parte, pelas medidas corporais e pela porcentagem de gordura em seus corpos, resultado de padrões culturais de tamanho desejável de corpo, ditados por revistas, desfiles de moda, e programas televisivos dirigidos ao público feminino (Hornbacher, 2010). Rubinstein e Caballero (2000 apud

Hornbacher, 2010) em estudo sobre pesos e alturas das vencedoras dos concursos de Miss América, verificaram que, desde a década de 70, a maior parte das misses seriam consideradas subnutridas. Em outro estudo, Wiseman e colaboradores (1992, apud Hornbacher, 2008) constataram um aumento significativo no número de artigos sobre dietas e exercícios em seis revistas femininas de 1959 a 1980. Já Thompson e Stice (2001 apud Hornbacher, 2010) descobriram o risco de uma forte correlação entre o desenvolvimento de transtornos alimentares e a internalização de mensagens da mídia que glorificam a magreza, relatando maior insatisfação com o corpo daquelas que assistiam mais televisão do que aquelas que assistiam menos televisão.

Contudo, também é importante observar que as interações em famílias de alta renda e muitas aquisições podem ser fatores contribuintes, como famílias bem-sucedidas, com boa conduta, que se preocupam com aparências, e com mães perfeccionistas. É possível que características de personalidade também interfiram no desenvolvimento destes desvios alimentares, já que mulheres jovens com algum dos transtornos têm menos sentido de controle pessoal sobre suas próprias habilidades ou talentos, o que se manifesta na baixa autoestima, demonstrando também atitudes perfeccionistas, autovalorização distorcida, excessiva preocupação com a opinião de outras pessoas, fatores que podem causar alto nível de ansiedade social. Segundo Hornbacher (2010), “quando o perfeccionismo é dirigido para a percepção distorcida da imagem corporal, fica a postos um poderoso motor que aciona o comportamento do transtorno alimentar”.

Portanto, verifica-se que o modelo etiológico mais aceito para explicar os transtornos alimentares é multifatorial, em que interagem causas biológicas, psicológicas e sociais (Appolinário & Claudino, 2000), então, as consequências desses desvios também o são, e seu tratamento exige uma equipe multidisciplinar.

Tanto a AN quanto a BN começam geralmente a partir de uma dieta restritiva, entretanto, há diferentes formas de lidar com a restrição alimentar que distingue os dois transtornos. Na AN, a restrição alimentar é progressiva para a eliminação de grupos alimentares “engordantes” até que as pacientes passam a viver unicamente em função da dieta, de comida, e forma corporal, levando a um isolamento social, a um jejum permanente e um medo patológico de engordar; pode ser definida, então, como uma recusa sistemática em manter o peso normal, adequado à idade e à altura, acompanhada de uma perturbação no modo como se vivencia seu peso e sua forma física, e de negação em aceitar sua condição patológica. As pessoas acometidas pela AN apresentam um

distúrbio de percepção da imagem corporal, que faz com que se percebam mais gordas do que realmente o são, fixando suas metas de peso em níveis cada vez mais baixos. Sendo assim, embora esteja magro, o indivíduo anoréxico se percebe gordo ou com algumas partes de seu corpo, gordas. Geralmente, o início do quadro se dá após a ocorrência de um fato estressante, como algum comentário sobre seu peso, perda de um ente querido ou, até mesmo, o fim de um relacionamento, a exemplo de um fim de namoro (Appolinário & Claudino, 2000; Borges et al., 2006; Mazzoni et al., 2009; Filho, Magalhães & Tavares, 2009).

A excessiva restrição alimentar, o jejum, a perda gradativa de peso até a desnutrição, e o uso de métodos de perda de calorías pelas anoréxicas têm consequências físicas graves, motivo pelo qual esta doença é considerada de alto índice de mortalidade. Alguns dos principais sinais e sintomas da anorexia são, principalmente, a amenorreia, pele seca, cabelos e unhas quebradiços, sensibilidade ou intolerância às baixas temperaturas, fadiga, constipação, dor abdominal, letargia, dificuldade de concentração, anemia, alterações endócrinas, osteoporose (Hornbacher, 2010; Borges et al., 2006; Appolinário & Claudino, 2000). Os pacientes não admitem estar doentes, não relatando suas queixas que estão relacionadas à desnutrição e à disfunção hipotalâmica.

A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, em que os indivíduos ingerem grandes quantidades calóricas de forma rápida e sem controle, com consequente comportamento de compensação dessa ingestão excessiva com uso de laxantes, exercícios físicos extenuantes e, mais frequentemente, vômitos induzidos (Borges et al., 2006; Filho, Magalhães & Tavares, 2009; Hornbacher, 2010). Estes episódios bulímicos acontecem numa frequência variável durante o dia ou durante a semana, sendo comuns após eventos que causam sentimentos negativos, como frustração, tristeza, ansiedade, solidão, e ocorrem às escondidas e sem nenhum critério (Appolinário & Claudino, 2000). Segundo Borges e colaboradores (2006), os pacientes relatam a ingestão de 1436 a 25755 calorías, e o padrão de consumo segue uma ordem semelhante de alimentos descritos como “irresistíveis”: pães, bolos, massas, sanduíches, chocolates, pizzas e doces.

Os principais sinais e sintomas são consequências dos comportamentos compensatórios para a perda de peso após os episódios de compulsão. São observados: erosão nos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia, alterações cardiovasculares, gastrointestinais, hidroeletrólíticas e metabólicas (Appolinário & Claudino, 2000; Filho, Magalhães & Tavares, 2009). Diferentemente do anoréxico, o bulímico não desenvolve o desejo

de emagrecer cada vez mais, mantendo o peso normal, ou, em alguns casos, o sobrepeso (Borges et al., 2006).

É comum a existência de outros transtornos associados com a ocorrência dos TA; Hornbacher (2010) relata que indivíduos com bulimia apresentam também transtornos psicológicos de humor, como a depressão, sendo uma reação ao TA, de ansiedade, observando-se também o abuso de substâncias químicas. Já na AN, segundo a mesma autora, é frequente a presença do Transtorno de Ansiedade Obsessivo-Compulsivo, com pensamentos desagradáveis, concentrando-se no ganho de peso e comportamentos ritualísticos relacionados à alimentação, fazendo-se presente também, o abuso de substâncias. Borges e colaboradores (2006) listam entre as principais comorbidades para os TA: Abuso e dependência de drogas e álcool, frequente em 12 a 40% dos casos; Síndromes depressivas, em 50 a 75% dos casos; Transtornos de ansiedade, 15 a 35% dos casos; e Transtornos de personalidade, 40 a 75% dos casos.

Constituindo-se os TA de patologias multifatoriais, os tratamentos propostos exigem equipes multiprofissionais, sendo os mais comumente utilizados os tratamentos psiquiátrico, psicológico e nutricional. No tratamento psiquiátrico são utilizados psicofármacos eficientes para transtornos do humor e da ansiedade na maior parte dos casos, no entanto, este tratamento isolado não se mostrou eficaz na recuperação dos pacientes anoréxicos e, por si só, não têm efeitos substanciais no caso da bulimia nervosa, ajudando a diminuir os episódios compulsivos associados à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Hornbacher, 2010).

Sobre o tratamento nutricional, Schebendach (2010) relata as etapas de Avaliação Nutricional, terapia nutricional, aconselhamento nutricional e educação nutricional como parte da reabilitação destes pacientes. Sendo assim, é discutida a ingestão energética com o objetivo de evitar a subalimentação, no caso da AN, e esclarecer crenças errôneas sobre a purgação, no caso da BN, já que foi verificado que 50% da energia consumida durante a compulsão alimentar é retida. É necessário, também, explicar a importância de cada grupo alimentar na dieta diária. O objetivo da reabilitação nutricional na AN inclui correção das sequelas biológicas e psicológicas da desnutrição, restauração da massa corporal e normalização dos padrões alimentares. Já na BN, o objetivo do tratamento nutricional é desenvolver um plano de alimentação controlada, paralelamente à avaliação da tolerância do paciente quanto à estrutura deste plano, devendo a meta imediata ser a interrupção do ciclo de compulsão alimentar e purgação, restauração do comportamento alimentar adequado, e estabilização da massa corporal.

No tratamento psicológico, a abordagem mais estudada e considerada eficiente na reabilitação dos pacientes com TA é a Cognitivo-Comportamental (TCC), que tem como alvo o problema do comportamento alimentar e as atitudes associadas, significado do peso e forma do corpo, e imagem corporal (Hornbacher, 2010). Para Duchesne e Almeida (2002), o principal objetivo da TCC na AN é a abordagem do distúrbio de imagem corporal, o que envolve a precisão da percepção do tamanho corporal, o grau de ansiedade associada a esta percepção corporal e a consequente evitação de exposição. Desta forma, é avaliado o sistema de crenças envolvidos na patologia, crenças distorcidas e disfuncionais sobre peso, formato corporal, alimentação e valor pessoal, que associam a magreza à competência, superioridade e sucesso, e é ensinado ao paciente como identificar seus pensamentos disfuncionais, bem como analisar as evidências que confirmam ou refutam a veracidade deste pensamento distorcido, tornando-o mais funcional (Mazzoni et al., 2009). Sendo assim, Duchesne e Almeida (2002) sugerem como protocolo na TCC para a AN: diminuição da restrição alimentar; diminuição da frequência de atividade física; abordagem do distúrbio da imagem corporal; modificação do sistema de crenças; abordagem da autoestima; e avaliação de eficácia. Segundo Filho, Magalhães e Tavares (2009), a terapia se realiza com este grupo durante 1 a dois anos, e se inicia frequentemente no ambiente hospitalar, incluindo: num primeiro momento, o aumento da motivação para mudança, a formulação da função psicológica na AN para o paciente, a prescrição dos objetivos de peso e a normalização dos padrões alimentares; num segundo momento, o questionamento de crenças disfuncionais já relatadas anteriormente; e num momento final, a identificação de sinais e fatores de recaída e estratégias para preveni-las. Entretanto, a eficácia da TCC para a reabilitação de anoréxicos não tem comprovações suficientes.

Já no tratamento da BN, a TCC e a Psicoterapia Interpessoal têm eficácia comprovada na normalização do padrão alimentar do paciente e prevenção de recaída. Segundo Hornbacher (2010), a TCC é o tratamento mais indicado por ter resultados mais rápidos, no entanto, a Psicoterapia Interpessoal é mais eficaz depois de um ano de acompanhamento. Sendo assim, uma psicoterapia que enfoque tanto os padrões alimentares disfuncionais, quanto o estabelecimento de melhores relações pessoais é a mais eficaz para a melhora do quadro bulímico e prevenção de novos episódios compulsivos e de compensação.

Como a sua aplicação na AN, a TCC na BN enfatiza a ideia de que as perturbações do comportamento alimentar são mantidas por fatores cognitivos e comportamentais, como crenças

e valores (Machado et al, 2001). Filho, Magalhães e Tavares (2009), sugerem um protocolo para tratamento da BN na TCC composto de quatro estágios: Psicoeducação, Monitoramento dos comportamentos alimentares, treinamento de autocontrole e técnicas de enfrentamento e resolução de problemas e, finalmente, desafio cognitivo e reestruturação das atitudes alimentares disfuncionais, seguido de plano de prevenção de recaídas. Duchesne e Almeida (2002) propõem alguns temas para serem trabalhados em sessão como tratamento na TCC: controle dos episódios de compulsão alimentar e da indução de vômito, eliminação do uso de laxantes e diuréticos, modificação do sistema de crenças, avaliação de eficácia. Os dois protocolos têm os mesmos objetivos: a reestruturação de crenças e pensamentos disfuncionais para diminuição e remissão da frequência de episódios de compulsão, purgativos, restrição alimentar e preocupação com peso e formato corporal (Mazzoni et al., 2009).

A abordagem terapêutica é parecida no tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, distúrbio da alimentação cuja etiologia difere pouco da AN e da BN, mas que, por ser novo no DSM IV, tem sido muito estudado e enfatizado, constituindo o tema deste trabalho, e será analisado com mais cuidado no desenvolvimento do estudo.

3.2 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica é uma nova categoria diagnóstica, referida no apêndice B do DSM IV, descrito segundo os seguintes critérios diagnósticos:

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar.

Um episódio de compulsão alimentar apresenta as duas características seguintes:

1. Ingestão, em um curto período de tempo (por exemplo, cerca de duas horas), de uma quantidade de comida nitidamente maior do que a maioria das pessoas pode consumir em um período semelhante e em circunstâncias idênticas.
2. Sensação de perda de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o quanto está a comer).

B. Os episódios de ingestão compulsiva estão associados com três (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Comer muito mais rápido do que o habitual;
2. Comer até se sentir inconfortavelmente cheio;

3. Comer grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
 4. Comer sozinho para esconder sua voracidade;
 5. Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou muito culpado depois da ingestão compulsiva.
- C. Profundo mal-estar marcado em relação às ingestões compulsivas.
- D. As ingestões compulsivas ocorrem, em média, pelo menos dois dias por semana durante seis meses.

A ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas (TCAP/DSM IV-TR).

Portanto, a TCAP se caracteriza por comportamentos de compulsão alimentar, ingestão de grandes quantidades de comida, seguidos de sensações negativas de angústia, falta de controle, e falta de métodos apropriados de perda de peso, como também, diferentemente da BN, ausência de purgação dos alimentos ingeridos em excesso (Coutinho, 2006; Quadro, Bruscato & Filho, 2006; Espíndola & Blay, 2006; Petribu et al., 2006; Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Appolinário & Claudino, 2000). Estes episódios são sucedidos de sentimentos de culpa, angústia, tristeza, vergonha, nojo, causando um grande mal-estar subjetivo (Duchesne et al., 2007; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Vitolo, Bortolini & Horta, 2006; Lofrano-Prado, 2011; Duchesne et al., 2007).

Por estar entre os Transtornos alimentares sem outra especificação no DSM IV, têm sido desenvolvidos estudos e pesquisas na tentativa de conceituar o TCAP. Existem hipóteses de que este seria um subtipo de TA, ou um subtipo de BN, ou um subtipo comportamental da obesidade, ou uma condição clínica na coexistência de dois transtornos primários; não sendo possível excluir nenhum destes modelos, o TCAP continua sendo investigado, para ser descrito como uma categoria diagnóstica válida (Appolinário, 2004; Quadro, Bruscato & Filho, 2006).

Segundo Bittencourt (2009), a compulsão alimentar é um comportamento frequente nos transtornos alimentares, mas apresenta-se de forma diferenciada no TCAP, sendo prevalente em obesos, e aumentam proporcionalmente ao acréscimo da adiposidade.

O TA em estudo pode ocorrer em indivíduos com peso normal e indivíduos obesos, entre estes, a maioria tem uma longa história de tentativa de dietas e sentem-se desesperados por conta da falta de controle da ingestão alimentar, abandonando algumas vezes as dietas por causa de

fracassos repetidos, tendo uma grande história de flutuações e ciclagens de peso (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Lofrano-Prado, 2011), relatando também maior insatisfação corporal e avaliam mais negativamente sua aparência (Vitolo, Bortolini & Horta, 2006).

A prevalência do TCAP na população geral é de 2% a 4,6%, sendo a maior parte das pessoas assim diagnosticadas, obesas (Espíndola & Blay, 2006; Appolinário & Claudino, 2000; Duchesne et al., 2007; Cavalcanti et al., 2011). Entre os pacientes obesos que procuram tratamento para a perda de peso, o índice de prevalência está em torno de 5 a 15% (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Segal, Cardeal & Cordás, 2002; Vitolo, Bortolini & Horta, 2006; Matos et al., 2002); entre os brasileiros, este índice é de 30% entre obesos em tratamento, segundo pesquisa de Coutinho e Póvoa (1998 apud Espíndola & Blay, 2006; Hornbacher, 2010; Duchesne et al., 2007) e de 16% entre mulheres obesas de um programa de vigilantes do peso, como descrito em estudo de Borges (1998). O consenso, segundo Hornbacher (2010), é que 20% dos indivíduos obesos em programas de controle do peso e 50% dos candidatos à cirurgia bariátrica de envolvem em comportamentos de compulsão alimentar, estando presente, então, uma associação entre o TCAP e a ocorrência da obesidade (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004).

Em pesquisa sobre prevalência do transtorno entre universitárias das áreas de humanas, exatas e saúde, Vitolo, Bortolini & Horta (2006) verificaram que 18% apresentaram TCAP e observaram uma associação significativa entre o excesso de peso e a ocorrência do distúrbio estudado, já que 54,5% das estudantes com sobrepeso e obesidade o apresentaram.

Entre as pessoas que sofrem de TCAP, a obesidade se desenvolve mais precocemente, primeira dieta em idade mais jovem e maior oscilação do peso corporal (Coutinho, 2006; Azevedo, Santos & Fonseca, 2004; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002), havendo sempre a presença de preocupação excessiva com a dieta e com o peso. Isto sugere que as causas do desenvolvimento deste distúrbio são semelhantes às do desenvolvimento tanto da AN quanto da BN, são multifatoriais, envolvendo, sobretudo, as influências psicossociais. Segundo Segal, Cardeal e Cordás (2002), nos países ocidentais e industrializados, pessoas obesas ou com sobrepeso são alvo de preconceito e estereótipos, que influenciam diretamente sobre a imagem corporal formada e a autoestima. Por isso, também há aqui o componente de distorção da imagem corporal, já que adultos obesos se percebem com uma quantidade de massa corporal maior do que a real, sobretudo se foram crianças obesas, e de uma insatisfação com o corpo que envolve o isolamento social, rejeição, causando também transtornos afetivos (Lofrano-Prado et al., 2011). O

prognóstico, então, depende de fatores como início tardio, longa duração da doença, relacionamento familiar conturbado e grande variação de peso corporal (CAVALCANTI et al., 2011).

Espíndola e Blay (2006), em sua síntese e metassíntese sobre BN e TCAP, verificaram alguns resultados que descrevem a representação construída sobre a doença, sentimentos negativos e positivos relacionados ao transtorno, história pessoal, função dos sintomas, dos relacionamentos interpessoais e contexto sociocultural na visão deles, e recuperação. As pesquisas estudadas pelos autores mostram que o distúrbio é visto como descontrole, força externa, doença, ou até traço de personalidade. Os sentimentos negativos relatados em relação à doença foram solidão, medo, culpa, raiva, tristeza, baixa autoestima, enquanto os positivos foram autocontrole, poder e permanecer magra. Sobre suas histórias pessoais, estas apresentaram-se relacionadas a sobrepeso e vivências traumáticas, e os sintomas, então, aparecem como manejo de emoções negativas e positivas. Sobre relacionamentos interpessoais, são descritos evitação de intimidade e proximidade e comprometimento das relações familiares e, referindo-se aos contextos sociais, são citadas as influências que a mídia exerce sobre sua imagem corporal. Em relação à recuperação, são relatados fatores que contribuem para a mudança, como autodeterminação, autoaceitação, espiritualidade, relação com os outros, ajuda profissional e grupos de ajuda mútua; e como fatores que limitam a produção de mudança, são relatados raiva, briga e isolamento das outras pessoas, teste de autocontrole, imposição de controle por parte de familiares e amigos.

Em pesquisa de Petribu e colaboradores (2006) com uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica, foi verificado que 78,9% das mulheres e 21,1% dos homens tinham TCAP, e que nesses grupos se verificava maior número de tratamento para perda de peso. Quadros, Bruscato & Filho (2006) encontraram em sua pesquisa com pacientes obesos mórbidos no pré-operatório de cirurgia bariátrica uma prevalência de 53,2% de TCAP.

Sendo assim, ser obeso na fase da adolescência e de adulto jovem é um fator de risco para o desenvolvimento dos distúrbios de alimentação, em geral, e do TCAP também, tanto quanto o consumo de uma alimentação inadequada, modismos dietéticos, omissão de refeições, consumo exagerado de “fast foods” e rejeição a certos grupos de alimentos (Cavalcanti et al., 2011; Lofrano-Prado et al., 2011). Segundo Quadro, Bruscato e Filho (2006), o comportamento de compulsão alimentar é frequente em pessoas que restringem a alimentação e apresentam histórico

de variação do peso, já que a comida é utilizada para aliviar a tensão e problemas psicológicos, aliviar o mau humor ou o afeto negativo (Hornbacher, 2010). Características de personalidade como perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e vulnerabilidade são comuns em pessoas com este distúrbio (Duchesne et al, 2007). O estresse também pode ser um fator que aumenta os episódios de compulsão, já que, segundo Petribu e colaboradores (2006) e Azevedo, Santos & Fonseca (2004), em momentos estressantes, é liberado o cortisol, que estimula a ingestão de alimentos e o aumento de peso. Segal, Cardeal & Cordás (2002) sugerem que existem diferenças entre obesos com e sem o transtorno; o primeiro grupo tende a comer mais, tanto nos episódios de alimentação normal, quanto durante a compulsão, comer mais sobremesas e petiscos, com uma porcentagem maior de gorduras.

Como descrito por Hornbacher (2010), entre as pessoas que sofrem com TCAP, metade pode ter tentado uma dieta antes de ser compulsiva, e a outra metade começou a comer compulsivamente e depois a fazer dieta, demonstrando que estas pessoas têm as mesmas preocupações que as bulímicas e anoréxicas com massa e forma corporal. A metade que começou a fazer dieta depois da ocorrência de episódios de compulsão é mais afetada e tem mais propensão a desenvolver transtornos adicionais. Os episódios de compulsão, segundo Vitolo, Bortolini & Horta (2006), têm início geralmente na infância e adolescência e em paralelo à crescente preocupação com a forma corporal, com consequente adoção de dietas e tratamentos de controle de peso. Segal, Cardeal & Cordás (2002) referem que este grupo de indivíduos apresentam maior sofrimento no controle de excessos alimentares, maior grau de perfeccionismo durante o curso de dietas e maior medo do ganho de peso. Além disso, os pacientes obesos com este transtorno apresentam autoestima mais baixa e preocupam-se mais com o peso e a forma física do que obesos sem este diagnóstico (Azevedo, Santos & Fonseca, 2004). Há também a hipótese de que, como acontece com outros transtornos da alimentação, existem alguns profissionais mais expostos ao TCAP, como universitários e profissionais da área de saúde, com grande associação com excesso de peso (Cavalcanti et al., 2011). No entanto, em estudo de Vitolo, Bortolini & Horta (2006), os resultados mostram que não há diferenças entre as três áreas de estudo, humanas, exatas e saúde, em relação com a presença do transtorno.

Sendo os indivíduos com este distúrbio, obesos em sua maioria, é importante considerar os aspectos decorrentes desta doença. Além do impacto na sociedade, uma intervenção grave na qualidade de vida e diminuição do tempo de vida, o sobrepeso está relacionado à incidência de

alterações endocrinológicas, artrite de mãos e joelhos, doenças de vesícula biliar, apnéia do sono, alterações dos lipídios sanguíneos, alterações da coagulação sanguínea e alguns tipos de neoplasia, como também outras doenças mais conhecidas pela população em geral como diabetes mellitus, hipertensão, doenças coronarianas (Segal, Cardeal & Cordás, 2002; Quadros, Bruscato & Filho, 2006).

Sobre comorbidades com o TCAP, os níveis de psicopatologia estão relacionados com os episódios de compulsão e a frequência destes, sendo notável a presença de transtorno de ansiedade generalizada, depressão, transtorno do pânico e agorafobia (Petribu et al., 2006; Segal, Cardeal & Cordás, 2002; Lofrano-Prado, 2011; Quadros, Bruscato & Filho, 2006; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Matos et al., 2002). Na pesquisa de Petribu e colaboradores (2006), 42,1% dos indivíduos obesos com TCAP tinham depressão, contra somente 13,8% daqueles sem TCAP. O distúrbio, então, está relacionado a sintomas psicopatológicos, à maior gravidade da obesidade e a prejuízo no funcionamento social e ocupacional. Segal, Cardeal & Cordás (2002) referem a prevalência de transtornos afetivos, somatização, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtornos ansiosos, ideação paranoide e de abuso de álcool na história pessoal e/ou familiar. Coutinho (2006) explica que sintomas depressivos deixam os pacientes mais vulneráveis a apresentarem episódios compulsivos ou recidiva da compulsão após tratamento, e que em pacientes com transtorno de personalidade, a impulsividade ajuda na frequência dos episódios característicos do TCAP, sendo que, os pacientes com este tipo de transtorno, e também, aqueles com transtorno de humor, podem ter mais dificuldades em controlar o peso corporal.

No Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica existe, pois, uma distorção de autoimagem, relacionada a sentimentos negativos, sobre massa e forma corporal, reforçados pelos meios de comunicação e estereótipos de obesos, que estimula comportamentos alimentares não adaptativos (Matos et al., 2002). O alimento é usado de forma inadequada, dificulta-se a diferenciação dos estados emocionais, dos sinais fisiológicos, já que a ingestão alimentar passa a ser o centro da vida do indivíduo comedor compulsivo, e usado indiscriminadamente (Espíndola & Blay, 2006). O tratamento deste distúrbio alimentar com consequências tão graves deve envolver todos estes fatores que agravam a doença, tanto quanto transtornos comórbidos, sendo então, multiprofissional, intervindo na autoestima e imagem corporal, no significado dos alimentos e a forma adequada de usá-los, como também com medicação direcionada ao tratamento dos principais sintomas do transtorno (Duchesne & Appolinário, 2001).

3.3 OBESIDADE E TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Existem padrões diagnósticos precisos que mostram a linha tênue que separa obesidade de TCAP, com associação positiva entre compulsão e aumento da adiposidade (Bittencourt, 2009). A obesidade tem se tornado uma epidemia de ordem global, segundo a Organização Mundial de saúde (1993), uma condição clínica geral. Apontando a correlação entre TCAP e obesidade, a primeira antecede o início da obesidade em cerca de metade dos obesos com TCAP, o que indica ser o primeiro sinal de acúmulo de peso e obesidade na idade adulta, e que este sobrepeso promova o desenvolvimento e manutenção do transtorno.

A este propósito, Neufeld, Moreira e Xavier (2012) relataram que a condição de obesidade é frequentemente associada ao TCAP. Nos obesos é comum haver episódios de compulsão e, durante estes, há um sentimento de descontrole sobre o comportamento, associado à ingestão de grandes quantidades de alimento. Como no TCAP, sucedem-se, a estes episódios, sentimentos de culpa, angústia, tristeza, vergonha e repulsa por si mesmo.

Apesar de estar associada a estados, situações e perturbações ansiosas, a obesidade não é considerada uma perturbação psiquiátrica nem psicológica, mas uma perturbação de comportamento e estilo de vida multifatorial. Segundo Costa (2000), o aumento do número de obesos em todos os lugares do mundo tem demonstrado que a genética é uma predisposição, mas a predeterminação vem de padrões de comportamento alimentar errados. Em estudos sobre a obesidade afirma-se que o aumento da obesidade está diretamente relacionado com o aumento de consumo de gorduras, já que o consumo de lipídios provoca maior aumento de peso do que o de carboidratos, com o aumento de refeições rápidas, como hambúrgueres, batatas-fritas, refrigerantes.

A etiologia da obesidade permanece como motivo de muitas pesquisas e controvérsias. É aceita uma abordagem de multicausalidade, incluindo diversos fatores genéticos, muitos aspectos ambientais, patologias endócrinas, uso de drogas e fatores psicogênicos, entre outros (MACHADO et al., 2002).

Guyton e Hall (2011) discorrem que uma das principais razões para a obesidade está relacionada com a hiperalimentação e/ou regras alimentares inadequadas da infância até o início da adolescência, sendo raros os casos de obesidade em adultos que foram crianças com peso

normal, enquanto 14% dos obesos infantis e 70% dos obesos no início da adolescência virão a ser adultos obesos. Esses dados estão relacionados ao excesso de alimentação calórica principalmente no início do desenvolvimento da obesidade, sendo observado que, posteriormente, os adultos obesos não excedem na ingestão alimentar, comparados ao restante dos indivíduos. No entanto, são encontrados vários compulsivos alimentares, que ingerem grande quantidade de comida em curto espaço de tempo, maior quantidade do que os obesos que não são diagnosticados com o distúrbio, e mais que a população em geral (Costa, 2000).

Por tudo isto, a obesidade exógena, provocada por uma ingestão excessiva de calorias ou por um gasto diminuído, relacionada com fatores sociais, educacionais, ecológicos e dietéticos, é superior à endógena, relacionada com alterações hipotalâmicas, endocrinometabólicas, genéticas, neuropsicológicas e por ação farmacológica. O quadro de obesidade com acúmulo de gordura abdominal (obesidade androide) tem o pior prognóstico, de doenças cardiovasculares, dislipidemias e hipertensão, entre outros, comparado ao quadro de obesidade ginóide, em que a gordura se acumula nos quadris (Costa, 2000).

Segundo Costa (2000), a obesidade endógena não está presente nem em 2% do total de obesos, no entanto, deve ser considerado que são várias as estruturas que fazem parte da ingestão alimentar. A amígdala parece estar relacionada com a seleção do tipo e qualidade do alimento, as áreas corticais do sistema límbico, cuja estimulação provoca ingestão voraz, e o hipotálamo, que apresenta o núcleo do apetite e da saciedade, cuja lesão pode provocar uma recusa alimentar, mesmo perante alimentos apetitosos.

Nos obesos com TCAP podem ser observadas algumas características em comum, como baixa autoestima, sintomatologia depressiva, com outros transtornos de humor e de personalidade. Estes indivíduos demonstram desinibição alimentar e maior preocupação relativa à forma, sendo suscetíveis à avaliação de outras pessoas, e também dificuldades em diferenciar as sensações de fome e saciedade (Bittencourt, 2009).

Como num ciclo que envolve TCAP e obesidade, pensamentos negativos sobre o corpo, combinados com baixa autoestima, vivências emocionais e estímulos ambientais, variações emocionais e a restrição alimentar são gatilhos do comportamento de compulsão nos obesos (Bittencourt, 2009).

A obesidade tem prevalência de 19,8% da população americana, e cresce cada vez mais no mundo, inclusive no Brasil, onde, nos últimos quinze anos a obesidade aumentou 100% nos

homens e 70% nas mulheres (Cade et al., 2009). Atualmente, a obesidade é considerada a doença metabólica de maior prevalência nos países desenvolvidos, e aumentando nos países subdesenvolvidos. É uma doença mais frequente na raça negra, sexo feminino, e classes econômicas de baixa renda (Machado et al., 2002). Entre estes, os obesos comedores compulsivos gastam um porcentual maior de suas vidas em dietas e prejuízos no funcionamento social e ocupacional. A obesidade é um transtorno que reflete um excesso de consumo de comida comparado com o dispêndio de energia, com riscos gerais à saúde, o que é aumentado entre os portadores de TCAP. Segundo Greenway e Smith (2000), esta patologia decorre de um estado crônico de balanço energético positivo, resultando no acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo sem que haja um gasto calórico proporcional (Bittencourt, 2009).

A situação de obesidade gera muito sofrimento psicossocial, pois a cultura predominante privilegia a magreza, o que faz com que os obesos carreguem o estereótipo do relapso e da falta de força de vontade (Cade et al., 2009). A cultura ocidental enfatiza bastante a boa forma e a imagem corporal, o que facilita a identificação de incômodos com o excesso de peso, independente dos graus de obesidade (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Segundo Machado e colaboradores (2002), a ideia de que um indivíduo é gordo por conta da gula ou falta de vontade e negligência são crenças socialmente compartilhadas que fazem parte dos pensamentos de pessoas da área da saúde, pacientes e familiares. Estas ideias trazem ainda mais sofrimentos para os obesos, e são irrealistas já que entre os motivos para o desenvolvimento da obesidade estão envolvidos diversos fatores: genéticos, como deficiente produção de leptina ou resistência à sua ação, metabolismo diminuído; ambientais e comportamentais, a exemplo de ingestão excessiva de gorduras e carboidratos refinados, sedentarismo, horários irregulares de alimentação; psicogênicos, como ansiedade, perda de ente querido, separação conjugal, transtornos alimentares; doenças endócrinas; puberdade; gestação; casamento; menopausa; entre vários outros.

Devido aos multifatores etiológicos da obesidade, verifica-se que indivíduos com menos de 40 anos de idade estão mais expostos aos riscos da obesidade, e nesta faixa etária, os pacientes demonstram melhor adesão aos tratamentos. Também há uma maior prevalência do sexo feminino que, por razões sociais e psicológicas, procuram tratamento para a obesidade com maior frequência, como também aderem mais rapidamente aos métodos de tratamento (Machado et al., 2002).

Para diagnosticar a obesidade, a OMS (1993) utiliza o IMS (Índice de massa corporal) e faz a classificação dos índices em: Menor que 19 kg/m² - magreza, grau 0; 19 a 25 kg/m² - normal, grau 0; 25,1 a 30 kg/m² - sobrepeso, grau 1; 30,1 a 35 kg/m² - obesidade, grau 2; 35,1 a 40 kg/m² - obesidade, grau 3; Acima de 40 kg/m² - obesidade mórbida, grau 4. Estes índices, em conjunto com medidas de gordura abdominal são fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças relacionadas à obesidade. Outro método para diagnosticar a obesidade é definir a pessoa obesa como aquela que pesa 20% a mais do que o peso padrão especificado com relação ao sexo, altura, estrutura corporal (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Tendo em vista a multicausalidade da obesidade, seu tratamento também é multidisciplinar. Machado e colaboradores (2002) alertam para os fatores ambientais causais e as mudanças comportamentais necessárias para o tratamento, bem como a dificuldade de adesão dos pacientes obesos a todos os componentes da terapia da obesidade.

Também se tem dado muita importância ao tratamento individual e grupal associado ao acompanhamento nutricional, enfatizado pela importância de uma reeducação alimentar no processo terapêutico. Neufeld, Moreira e Xavier (2012) definem que é importante um trabalho conjunto com um nutricionista pela necessidade de formação de um plano de refeições adequado às necessidades individuais do indivíduo, fazendo um equilíbrio entre calorias ingeridas, gasto energético e variação de alimentos durante o dia. Este processo de orientação nutricional promove a psicoeducação do paciente, que passa a conhecer formas de ter uma alimentação saudável, que alimentos escolher, como buscar refeições nutritivas ao longo do dia, intercaladas com lanches saudáveis, para que não haja restrição alimentar.

A abordagem multidisciplinar permite que variáveis psicológicas, como a satisfação com a imagem corporal, sejam focadas no processo de tratamento, porquanto, a obesidade é responsável por alterações significativas no modo como o indivíduo se percebe, o que tem profunda relação com o desenvolvimento de TCA. Estas alterações estão ligadas a pensamentos distorcidos, influenciando a autoestima e a satisfação com a autoimagem, e detonando gatilhos para o comportamento de compulsão alimentar (Xavier et al., 2010).

Num aspecto clínico e psicológico, o padrão alimentar disfuncional integra conteúdos como a falta de conhecimento de mecanismos exatos controladores da saciedade e do apetite, sua capacidade em reconhecer sinais biológicos de saciedade e fome, visão negativa do corpo, definido como responsável por garantir acesso à amizade, aceitação, sucesso, amor, felicidade.

Segundo Vasques, Martins e Azevedo (2004), estes problemas emocionais são percebidos como consequentes à obesidade, embora estes também possam preceder o desenvolvimento desta. A depressão e a ansiedade são sintomas comuns em pessoas obesas, que pioram quando fazem dietas.

Segundo Assis e Nahas (1999), a primeira causa de mortalidade no Brasil é de doenças cardiovasculares, e uma alimentação variada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, a adoção de um comportamento preventivo, entre outros, podem ser modificados para viver melhor e com qualidade.

O tratamento mais adequado para a obesidade focaliza a alimentação e a prática de atividade física, a partir do perfil comportamental do paciente, visando ao apoio psicológico, à educação nutricional e à monitorização rumo a um novo estilo de vida. É um tratamento multiprofissional, visto sua etiologia diversificada, uma vez que a obesidade é multideterminada pela interação entre estilos de vida, biologia do indivíduo, ambiente psicossocial e fatores econômicos (Cade et al., 2009).

Ou seja, o tratamento psiquiátrico nem sempre é priorizado para a obesidade. No entanto, como a obesidade pressupõe a presença de outros transtornos, como a depressão, e a manutenção destes agravam o quadro de obesidade, segundo Vasques, Martins e Azevedo (2004), a farmacoterapia, em colaboração com as outras terapêuticas, deve ser considerada. O uso racional dos agentes antiobesidade é considerado atualmente um coadjuvante indispensável para obesos, principalmente quando existe um risco importante para a saúde. Apesar de, ainda nos dias atuais, haver uma resistência por parte de médicos e pacientes sobre o uso de medicamentos por crenças infundadas que causam dependência e vício, existem vários tratados sobre critérios de utilização de medicamentos com esta população (Machado et al., 2002).

Conforme Coutinho e Cabral (2000) demonstram, o consenso existente entre os profissionais de saúde envolvidos com a obesidade, é que a farmacoterapia deve ser utilizada em conjunto com programas reais de mudança de estilo de vida, já que existe a probabilidade de recuperação do peso após a retirada dos medicamentos. Os medicamentos só devem ser utilizados após avaliação cuidadosa da relação risco-benefícios para cada paciente; avalia-se em 6 meses, prazo necessário para a perda de peso, que deve ser em torno de 10%. Após este prazo, a prioridade passa a ser a manutenção do peso, já que o foco da farmacoterapia na obesidade deve ser a diminuição do risco de morbiletalidade, e não a redução de peso.

Entre as drogas aprovadas para uso no tratamento da obesidade, Vasques, Martins e Azevedo (2004) citam a sibutramina que atua diminuindo a ingestão alimentar, deve elevar a termogênese em alguns indivíduos e tem um resultado comprovado, em pesquisas, de perda de 5% do peso em 60% dos indivíduos que participaram do grupo de administração do fármaco. Outra droga é o orlistat, um agente que inibe a lipase pancreática, diminuindo a absorção de gordura no trato gastrointestinal e promovendo a perda de peso, sendo sua eficácia potencializada quando associado a uma dieta organizada e exercícios físicos. O topiramato é uma droga que vem sendo mais estudada para uso na obesidade, tendo um resultado potencial na promoção da perda de peso e no TCAP.

Machado e colaboradores (2002) relatam resultados também positivos com o uso do femproporex, droga anorexígena utilizada há muito tempo no tratamento da obesidade. Durante o estudo, a tolerância farmacológica foi muito pouco observada, com boa resposta à mesma dose por seis meses de uso, e a incidência de efeitos colaterais adversos não foi significativa, também demonstrando pouco potencial para dependência. Tais achados foram avaliados positivamente, por se tratar de medicamento de baixo custo financeiro, que permite seu uso na saúde pública e por uma grande camada da população em todo o país.

3.4 TRATAMENTOS PARA O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Os tratamentos para o TCAP são multiprofissionais, incluindo neste processo, principalmente, nutricionistas, psiquiatras e psicoterapeutas (Appolinário & Claudino, 2000). O tratamento nutricional é orientado para o aconselhamento nutricional e tratamento dietético, contemplando o conhecimento nutricional do paciente, transformando crenças errôneas sobre os alimentos e atitudes em relação à alimentação, verificando o grau de preferência alimentar, o estado físico, estimulando um balanço decisório da manutenção do corpo em relação à mudança (Schebendach, 2010).

Frente aos dados epidemiológicos da obesidade, e considerando esta de difícil tratamento, pelas frequentes recidivas e insucessos, reconhecer, diagnosticar, mensurar e avaliar as recaídas é imprescindível para a compreensão da doença, principalmente se acompanhada de compulsão alimentar. Por isso, conhecer os antecedentes e as consequências do comportamento compulsivo

é essencial para o planejamento de intervenções e abordagens terapêuticas (Bittencourt, 2009). A manutenção do comportamento alimentar adequado é um desafio, o comer moderado é um complicador na continuidade do tratamento, gerando ciclos de recaída e desmotivação.

Por isso, faz-se necessário trabalhar a adesão do paciente aos tratamentos, estimulando e motivando a continuação das terapêuticas utilizadas. A motivação é conceituada como algo que potencializa ação, tendo variáveis intrínsecas e extrínsecas que influenciam no processo de adesão em determinados momentos. Por isto mesmo, um grande problema na manutenção da perda de peso, a longo prazo, é que, permanecer saudável por um longo período de tempo pode não ser motivador suficiente para deixar de comer uma grande quantidade de comida “só uma vez”. Uma motivação pessoal a seguir as recomendações dietéticas, portanto, pode ser prejudicada em ocasiões especiais, ou devido à falta de suporte social e/ou familiar (Assis & Nahas, 1999).

A este respeito, então, do sucesso no controle do peso, pode-se encontrar, segundo Assis e Nahas (1999): perdedores bem-sucedidos, que conseguiram perder 9 kg ou mais e mantiveram a perda por um ano ou mais; recuperadores, aqueles que perderam peso, mas recuperaram 20% ou mais do que perderam; mantenedores, aqueles que recuperaram menos de 20% do peso perdido; maus mantenedores, que recuperaram mais de 50% do peso.

O tratamento psiquiátrico, além do uso de sibutramina, uma droga antiobesidade que reduz a sensação de fome, do topiramato, e das drogas dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), entre eles a fluoxetina e a fluvoxamina, que agem no comportamento alimentar e no peso, existem medicamentos para os sintomas relacionados a transtornos comórbidos, principalmente os afetivos, ansiosos e de personalidade (Hornbacher, 2010; Duchesne & Appolinário, 2001; Appolinário, 2004; Appolinário & Claudino, 2000; Coutinho, 2006). Os antidepressivos devem ser prescritos quando há uma clara evidência de transtorno afetivo associado, principalmente se os sintomas se apresentaram antes do distúrbio alimentar (Duchesne & Appolinário, 2001).

Entre os tratamentos psicológicos para TCAP, destacam-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Psicoterapia Interpessoal (PIT) e Grupos de autoajuda orientados (Hornbacher, 2010). Todas estas abordagens têm como objetivo principal o controle dos episódios de comer compulsivo, excesso de peso e obesidade e psicopatologia associada, sendo importante desenvolver estratégias de enfrentamento alternativas para a alimentação inadequada

(Coutinho, 2006). Dietas intensas para perda de peso, com restrição severa, podem aumentar os episódios de compulsão, fazendo-se necessário, então, o acompanhamento nutricional. Nestes casos também, os pacientes devem ser encorajados a buscar formas de gasto calórico, como a prática de exercícios físicos. É importante, sobretudo, modificar as pistas para a alimentação; em vez de se alimentar para se acalmar ou porque se sente triste ou só, o paciente deve passar a comer quando sente fome, ou nas horas determinadas pelo acompanhamento nutricional. O envolvimento da família no tratamento é de extrema importância, tanto quanto o estímulo para o paciente expandir suas relações interpessoais, e isto pode ser bem desenvolvido nos grupos de autoajuda, em que são divididas experiências, nos quais, outras pessoas com o transtorno podem compreender melhor, propiciando ajuda mútua no tratamento (Duchesne & Appolinário, 2001; Mazzoni et al., 2009).

Segundo Dobrow e colaboradores (2002), os tratamentos medicamentoso e psicológico são eficazes para melhorar os sintomas afetivos comportamentais envolvidos na doença, no entanto, os paciente obesos com TCAP não perdem uma quantidade significativa de peso. Estes pesquisadores explicam também que a coexistência de outros transtornos agrava o prognóstico e dificulta o tratamento, havendo menos êxito das diferentes abordagens. No entanto, constatou-se que, havendo suporte social adequado com autoimagem positiva e alimentação adequada, os pacientes respondem bem a uma intervenção comportamental. Foi verificado por Quadros, Bruscatto & Filho (2006) que a presença de distúrbios psicológicos diminui a adesão dos pacientes ao tratamento, talvez por omissão dos sentimentos negativos, vergonha, desprezo, baixa autoestima, reforçando a importância de um trabalho multiprofissional. Lofrano-Prado e colaboradores (2011) apresentam resultados da intervenção multidisciplinar, com psicólogo, nutricionista, clínica e física, no tratamento da compulsão alimentar em adolescentes obesos, verificando reduções significativas nos índices de ingestão compulsiva e insatisfação com a imagem corporal, o que indica a importância deste tipo de terapêutica.

3.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E OBESIDADE

O modelo cognitivo-comportamental de terapia propõe que pensamentos distorcidos influenciam o humor e o comportamento do paciente, o que é comum a todos os distúrbios

psicológicos. O tratamento baseia-se tanto em uma formulação cognitiva do transtorno como em sua aplicação para a compreensão individual do paciente, visando promover, com a modificação no pensamento e das crenças disfuncionais básicas, mudanças emocional e comportamental, duradouras (Beck, 1997). A TCC enfatiza a identificação dos pensamentos mantenedores dos transtornos e dos comportamentos problemáticos, o que requer uma aliança terapêutica segura, com colaboração e participação ativa do paciente no processo terapêutico, orientado este em meta e focalizado no problema do paciente, enfatizando o presente, ensinando o paciente a lidar com seus problemas numa prevenção de recaídas, num tempo limitado e com uma terapia estruturada.

Assim, os pacientes aprendem a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, e a utilizar várias técnicas para mudar humor, pensamento e comportamentos. Neste sentido, os pensamentos automáticos são respostas perceptivas rápidas a determinada situação, o que determina sua resposta emocional, e as crenças centrais são entendimentos profundos e fundamentais desenvolvidos como verdades absolutas, são globais, rígidas e supergeneralizadas, mas nem sempre são reais e funcionais, ditando o modo como as situações são interpretadas (Beck, 1997). Por isso a necessidade de identificá-los e transformá-los, para que haja mudança efetiva de comportamento.

Sendo assim, a TCC é uma abordagem terapêutica que privilegia um trabalho direto no distúrbio alimentar e suas causas, tendo como objetivo, auxiliar o paciente a estabelecer o controle comportamental sobre seus hábitos alimentares para, assim, orientar a mudança de atitudes disfuncionais em relação à comida, peso e massa corporal, e a aprendizagem de novas habilidades para o enfrentamento de problemas e situações de estresse (Filho, Magalhães & Tavares, 2009).

Num contexto grupal, a TCC possibilita uma compreensão abrangente dos aspectos do grupo, sua relação com as características individuais de cada participante. A interação que ocorre no grupo promove a modificação das experiências a partir da exposição da experiência de cada membro, sendo uma forma eficaz de avaliação de suas próprias crenças e a dos outros, com problema semelhante. Então, além de incluir as técnicas cognitivo-comportamentais, o processo grupal garante a modificação de hábitos e comportamentos, já que os membros apresentam sintomatologias e metas comuns, caracterizando uma homogeneidade (Neufeld, Moreira & Xavier, 2012).

Segundo Assis & Nahas (1999), a motivação para mudança de comportamento individual e adesão às dietas e às prescrições médicas pode ser facilitada pela modificação de fatores pessoais internos, incluindo não somente o conhecimento e prática para a motivação, mas um componente de autodesenvolvimento, autoeficácia, autocontrole e autoavaliação.

O tratamento para TCAP na TCC se desenvolve com os mesmos princípios que para a BN, com atenção às diferenças verificadas entre os dois transtornos, já que se foca nos comportamentos compulsivos ligados à alimentação. É igualmente importante o trabalho com familiares para informar sobre a doença e fortalecer o apoio social para recuperação do paciente, estimular a prática de exercícios físicos, e trabalhar estratégias para adesão ao tratamento, ante as dificuldades das pessoas com TA de reconhecerem que estão doentes e que devem se empenhar para a sua recuperação, como também focalizar a perda de peso, considerando que a maioria dos indivíduos com este distúrbio é obesa, o que gera consequências negativas ao funcionamento fisiológico (Filho, Magalhães & Tavares, 2009; Mazzoni et al., 2009; Duchesne & Appolinário, 2001; Duchesne & Almeida, 2002).

Duchesne & Appolinário (2001) indicam que a conceituação cognitiva é indispensável no início do tratamento, para averiguação dos fatores que levaram ao desenvolvimento e manutenção do TCAP, como também dificuldades do paciente que estejam envolvidas nestes fatores. Segundo Beck (1997), a conceituação cognitiva fornece a estrutura de compreensão do paciente pelo terapeuta, o que ajuda a formular e planejar uma terapia eficiente e efetiva. Esta técnica é desenvolvida desde a primeira sessão e nas sessões seguintes, sendo sempre atualizada a partir de novas informações trazidas pelo paciente. Para este processo há uma formulação do caso, em que são respondidas questões sobre o diagnóstico do paciente, quais os problemas, como se desenvolveram e como são mantidos, que pensamentos e crenças disfuncionais estão associados aos problemas, e quais reações estão associadas a estes pensamentos. E, para responder a estas questões, são elaboradas hipóteses levantando dados sobre aprendizagens e experiências antigas que contribuem para o problema, crenças e pensamentos subjacentes ao problema, quais mecanismos cognitivos, positivos e negativos, utilizados para enfrentar o problema, como ele se vê, vê ao outro e ao mundo, que estressores contribuíram para este problema ou interferem em sua capacidade para resolvê-lo.

Para auxiliar na conceituação cognitiva, segundo Duchesne & Appolinário (2001), a avaliação inicial pode ser facilitada por informações de familiares ou escalas de autoavaliação

como o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e o Binge Eating Scale (BES), muito úteis na investigação do TCAP. Uma técnica ainda mais útil é a automonitoria em que o paciente descreve as situações de ingestão alimentar, escrevendo a qualidade e quantidade de alimentos consumidos, o local onde se alimentou, os pensamentos e sentimentos associados, o nível de fome e o grau de controle em que se percebeu no momento. A partir desta técnica, o paciente percebe sua doença e suas fraquezas, dificuldades em que se deve intervir. Para possibilitar a automonitoração é imprescindível a compreensão do paciente sobre a relação entre pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, para que, em sequência, ele possa reconhecê-los nas situações de compulsão e anotá-los para discussão com o terapeuta e para modificação destes na reestruturação cognitiva (Beck, 1997).

A reestruturação cognitiva, segundo Beck (1997), é uma técnica que visa avaliar crenças e pensamentos disfuncionais envolvidos no comportamento problema para reconstruí-los de forma funcional para a manutenção de hábitos comportamentais adaptativos e saudáveis. Na reestruturação cognitiva, o paciente é orientado a identificar, primeiro, seus pensamentos automáticos que aumentam a frequência de comportamentos compulsivos, e questioná-los, perguntando-se quais as evidências que apoiam e quais as que não apoiam a ideia, se existe alguma explicação alternativa para a situação desencadeadora destes pensamentos, qual o pensamento mais realista e como transformar os irrealistas para torná-los mais úteis ao tratamento, elaborando respostas adaptativas para as disfunções.

Durante esta avaliação e questionamento, são investigadas as crenças que norteiam os pensamentos disfuncionais com técnicas como a da flecha descendente e questionamento socrático, em que são analisados os pensamentos automáticos em busca de seus significados mais profundos (Beck, 1997).

Quando os pacientes têm um transtorno psicológico, algumas distorções cognitivas são constantes nos pensamentos e crenças (Beck, 1997). No TCAP estas distorções se relacionam a alguns conteúdos descritos em pesquisa de Espíndola & Blay (2006). Entre os mais frequentes pensamentos e crenças disfuncionais dos pacientes com TCAP estão: os de que o distúrbio alimentar faz parte de suas personalidades, que é algo que não consegue controlar; de que são inadequados socialmente por conta de seu peso e imagem corporal, o que provoca uma diminuição na autoestima; de que a comida é uma forma de lidar com situações estressoras,

maneja emoções negativas, para esquecer sentimentos ruins, e que serve para intensificar os bons.

Sendo assim, quanto às estratégias cognitivas utilizadas na terapia dos pacientes com TCAP, a TCC se foca em modificação de hábitos alimentares e abordagem da autoestima. Na modificação de hábitos alimentares são fornecidas informações sobre nutrição, orientando a modificação de crenças relacionadas à alimentação e consumo de alimentos, associando-os a sensações de fome em lugar de sentimentos.

Na abordagem da autoestima há a modificação de crenças relacionadas a peso e forma corporal promovendo autoaceitação em equilíbrio com desejo de mudança da situação de obesidade, orientando a manutenção de expectativas realistas sobre seu peso ideal, combatendo sentimentos de vergonha e inferioridade (Duchesne & Almeida, 2002; Duchesne & Appolinário, 2001), intervindo, assim, na autoestima e redução da ansiedade, gatilhos para o comportamento compulsivo. A TCC foca-se, neste sentido, na forma como o sujeito percebe a realidade, visto que esta percepção faz com que o sujeito construa um sistema de crenças e esquemas, que num processo de retroalimentação, altera sua percepção em determinada situação. Assim, segundo Xavier e colaboradores (2010), são considerados os pensamentos distorcidos relativos à autoestima e imagem corporal como presentes na obesidade, já que modulam a forma como o indivíduo percebe a realidade social, expressa suas emoções e se comporta frente à alimentação. Este tipo de terapia na abordagem da autoestima objetiva, então, a flexibilização das crenças disfuncionais relativas à percepção de si.

Os resultados da TCC na satisfação com a imagem corporal são relatados em estudo qualitativo e quantitativo da flexibilização das crenças dos participantes obesos de Xavier e colaboradores (2010). Segundo estes pesquisadores, o processo terapêutico permitiu a aproximação da configuração atual do IMC de cada um com a configuração de IMC desejado por eles com a utilização da Escala de Figuras de Silhuetas (Kakeshita, Silva, Zanatta & Almeida, 2009, apud Xavier et al, 2010), e possibilitou o trabalho das expectativas e evidências dos participantes sobre sua autoimagem corporal, diminuindo a exigência dos mesmos a respeito de seu IMC e aumentando sua satisfação com o corpo atual.

Sendo os tratamentos mais eficazes entre pessoas com maior autocontrole, a TCC também foca no treinamento de desenvolvimento deste aspecto pessoal nos indivíduos comedores compulsivos. Neste treinamento, o indivíduo é orientado a ter uma postura ativa no processo de

mudança, numa posição de responsabilidade neste processo, e são analisadas as crenças que contribuam para a motivação e engajamento no comportamento alimentar saudável e equilibrado (Assis & Nahas, 1999). Neste sentido, os indivíduos são orientados a buscar razões reais para a perda de peso, como diminuir a probabilidade de terem uma doença, sentirem-se bem consigo mesmos, e são estimulados a sentirem-se confiantes na sua capacidade de atingir os objetivos propostos pelo tratamento. Estas estratégias também visam a Prevenção de Recaída. Para programas comportamentais que visem à mudança de hábitos alimentares e de atividade física, uma definição adequada de lapso no contexto da compulsão alimentar, seria uma alimentação não controlada, sem um plano compensatório anterior.

No treinamento de autocontrole, segundo Cade e colaboradores (2009), há o controle instrucional ou autoinstrucional, que sugere que em determinadas situações, principalmente na perda de peso, o paciente se vê entre um reforço imediato e o reforço a longo prazo, a escolha do primeiro exprimindo um comportamento impulsivo, já a escolha do segundo exprime controle sobre seus próprios comportamentos e cognições. Intervir no TCAP, com base nisso, significa manipular estímulos discriminativos; criar operações estabelecidas de motivação; modificar a probabilidade de ocorrência de elementos reforçadores/punidores; e definir respostas alternativas que não impliquem punição. Estas intervenções em TCC incluem avaliar situações e lugares que estimulem o comer em excesso, orientar o consumo de alimentos ricos em fibras, definir uma meta real e possível de ser atingida, e a avaliação das recaídas como erros que fazem parte do processo, para que o paciente não se culpe.

Com base no treinamento de controle, o paciente obeso com TCAP tem como foco principal a mudança de comportamento, modificando as crenças destes pacientes na imprevisibilidade de perda de peso.

Utilizando na TCC o treinamento de autocontrole, os resultados de Cade e colaboradores (2009) mostram que este envolve várias áreas e promove mudanças na vida dos pacientes, além de uma perda de peso. Estes pesquisadores verificaram mudanças nas relações sociais, familiares, pessoais e nos estados emocionais desagradáveis, o que é muito significativo para tratamento do TCAP, já que problemas nas relações sociais e familiares, como também estados emocionais negativos são gatilhos para o comportamento compulsivo. Estas pacientes relataram melhoras na assertividade, ansiedade, controle de pensamentos intrusivos, fobia de direção e tomada de decisão.

Com a conceituação cognitiva e a verificação sistemática dos padrões comportamentais e cognitivos envolvidos no ato de comer, Duchesne & Appolinário (2001) sugerem o desenvolvimento de estratégias comportamentais de enfrentamento para a alimentação inadequada. Sendo assim, em paralelo com a reestruturação cognitiva, a psicoterapia começa com a prescrição de esquemas comportamentais para o controle das condutas alimentares, e com a elaboração de comportamentos alternativos: tornar os alimentos de difícil controle, inacessíveis e deixar disponível o alimento que consegue controlar; comprar comidas que necessitem de preparação para serem comidas; fazer compras em momentos que não sinta fome; restringir a alimentação a um lugar específico utilizado unicamente para este fim; quando comer não realizar outras atividades simultâneas; não comer direto de panelas ou potes para ter consciência da quantidade comida; comer lentamente, sentindo o sabor e se apercebendo da progressiva sensação de saciedade, fazendo intervalos durante os quais decide se continua ou não a comer; envolver-se em atividades físicas recompensadoras, com combinações de exercícios diferentes, participação de outras pessoas, em alguns casos, e desenvolvimento de estratégias para enfrentar situações que possam dificultar a execução do exercício (Duchesne & Appolinário, 2001; Duchesne & Almeida, 2002).

Para a perda de peso ser eficaz durante o tratamento da TCAP, se faz necessário o tratamento também da obesidade, uma vez que, quando se foca neste problema, segundo Costa (2000), no relato de pesquisas já desenvolvidas com este objeto de estudo, encontra-se um ganho de peso menor em pacientes cuja dieta foi associada à TCC, uma maior quantidade de peso perdido quando há tratamento farmacológico para obesidade associada à TCC. Assim, é observado que a TCC, tanto no tratamento da TCAP, quanto no da obesidade, é uma intervenção terapêutica que apresenta durabilidade da mudança obtida, facilidade de implementação e difusão, clareza científica do valor e boa relação custo-eficácia.

O tratamento da TCC na obesidade tem correlação com o da TCAP por visar entre os objetivos à redução do peso e à manutenção do novo peso, intervindo fundamentalmente na mudança do comportamento alimentar e adoção de um estilo de vida mais saudável (COSTA, 2000).

Segundo Neufeld, Moreira e Xavier (2012), considerando que grande parte dos indivíduos que conseguem emagrecer devido à dieta começa a ganhar os quilos perdidos depois de um ano, a manutenção do peso por longo prazo deve ser colocada como objetivo principal na última fase de

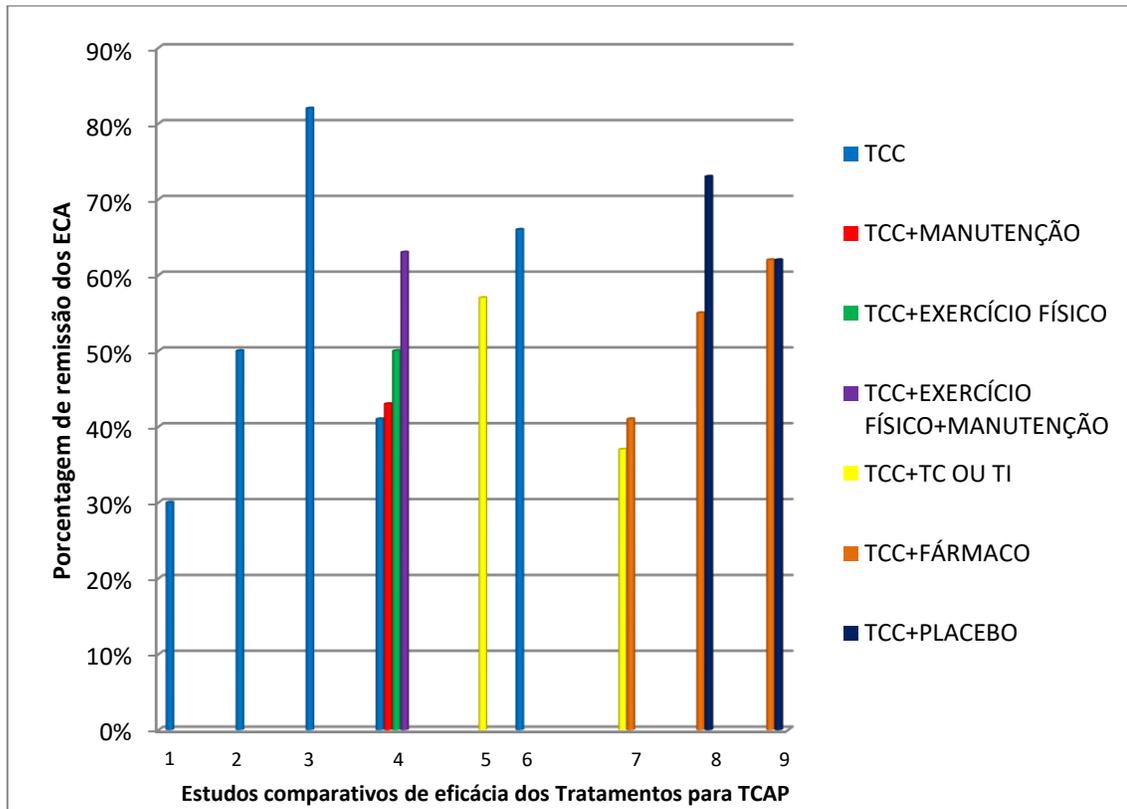
tratamento, direcionando aos fatores que influenciam no abandono das tentativas de controle de peso, e cognições que negligenciam a estabilidade do peso.

Espíndola & Blay (2006) listam alguns fatores que contribuem para o tratamento, segundo os pacientes com TCAP; entre eles está a autodeterminação, autoaceitação, espiritualidade, melhor relação com os outros, principalmente dos pais, ajuda profissional e grupos de ajuda mútua. Entre os fatores que podem limitar a recuperação dos pacientes estão: raiva, briga e isolamento de outras pessoas; voltar a realizar comportamentos disfuncionais por achar-se bem e recuperado; imposição de controle por familiares e amigos.

Por ser um diagnóstico novo, a eficácia dos tratamentos da TCAP ainda vem sendo pesquisada, no entanto, há evidências que apontam uma melhora significativa nos episódios de compulsão alimentar com o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (Duchesne & Almeida, 2002; Hornbasher, 2010). Em revisão bibliográfica sobre a eficiência da TCC em pacientes obesos com TCAP (Duchesne et al., 2007), foi verificada uma redução de 68% a 94% dos episódios de compulsão alimentar após 10 a 24 sessões de TCC, uma remissão de sintomas de 55% dos pacientes obesos com TCAP depois de 12 sessões de TCC, e 80% a 91% de remissão entre os pacientes em tratamento na TCC em grupo. Comparando o tratamento com TCC com o medicamentoso, foi observada uma remissão de 73% dos sintomas nos pacientes em tratamento nesta abordagem terapêutica com uso de placebo. Além disso, também foi averiguada uma melhora na gravidade dos episódios de compulsão alimentar.

Alguns resultados podem ser vistos no gráfico 1, que ilustra uma comparação realizada por Duchesne e colaboradores (2007) entre os resultados de vários pesquisadores que verificaram a eficácia dos vários tratamentos associados à TCC para o TCAP.

GRÁFICO 1 – Resultados de estudos comparativos de Eficácia dos tratamentos para TCAP



Observando os dados do Gráfico 1, estão descritos 9 estudos sobre a eficácia da TCC, associada ou não a outras terapêuticas. O estudo 1 foi realizado por Wolff e Clark (2001) e averiguou a eficácia da TCC isolada no tratamento do TCAP, havendo uma remissão de 30% dos ECA. No estudo 2, realizado por Smith e colaboradores (1992) foi encontrada uma remissão de 50% dos ECA com TCC isolada. O terceiro estudo, também com TCC isolada, realizado por Wilfley e colaboradores (2002), demonstrou uma remissão de 82% dos comportamentos de compulsão. Na quarta pesquisa relatada, Pendleton e colaboradores (2002) verificaram a eficácia da TCC isolada e associada à terapia de manutenção, em conjunto com exercício físico, e com placebo, verificando melhor remissão de ECA com o tratamento de TCC associado a placebo. O estudo 5, de Agras et al. (1995), verificou-se a eficácia do tratamento da TCC associada a TC ou TI, encontrando-se uma remissão de 57% dos comportamentos compulsivos. No sexto relato, dos pesquisadores Elredge et al. (1997), verifica-se a eficácia de TCC isolada, encontrando-se uma remissão de 66% dos ECA. O estudo realizado por Agras e colaboradores (1994), o sétimo descrito no gráfico, registrou resultados da TCC isolada e associada a um fármaco, havendo

remissão maior do principal sintoma do TCAP na segunda terapêutica, de 41%. O oitavo estudo, comparando a eficácia da TCC associada a placebo e TCC acompanhada de fármaco, verificou, segundo Grilo et al. (2005), remissão maior dos sintomas com o uso da TCC com placebo, com 73% de diminuição dos comportamentos compulsivos. No último estudo, de Devlin e colaboradores (2005), fazendo a mesma comparação que a pesquisa anterior, averiguou-se igual eficácia das duas terapêuticas utilizadas, demonstrando 62% de remissão dos ECA (Devlin et al., 2005 apud Duchesne et al., 2007).

Em pesquisa de Neufeld, Moreira e Xavier (2012), para verificar a eficácia da TCC em grupo, associada à orientação nutricional, além de uma significativa perda de peso média de 3,77% do peso inicial, houve uma melhora clinicamente significativa relativa a dificuldades interpessoais, ao grau de adaptação social, à autoestima, aos níveis de ansiedade, ao sentimento de bem-estar dos participantes e à diminuição da compulsão alimentar.

Os achados de Duchesne et al. (2007) também sugerem que o grau de satisfação com a imagem corporal pode estar mais relacionado com os sistemas de crença dos indivíduos, sendo importante a modificação deste sistema para a melhora da relação do paciente com seu corpo. São verificadas reduções significativas nos níveis de restrição alimentar e preocupação disfuncional com a alimentação, aumento no controle do impulso para comer inadequadamente, inclusive em situações de estresse, em pacientes tratados com TCC, tanto de forma isolada, como em combinação com orientação nutricional, ou psicofármacos.

Testando um treinamento de autocontrole com pacientes obesas, Cade e colaboradores (2009) relataram muitos sucessos em mudanças de comportamento, no entanto, a perda de peso das pacientes não foi significativa. Contudo, estes pesquisadores explicam que este resultado pode ter ocorrido devido a não realização do estudo de forma controlada já que 10 mulheres foram selecionadas, sendo que duas só frequentaram 3 sessões, restando oito mulheres no grupo, que faltaram a 60% das sessões, não permitindo uma análise completa.

Verificando a TCC em grupo no tratamento de obesos, Duchesne et al. (2007) relatam resultados significativos de diminuição do comportamento compulsivo, preocupação com corpo e forma, sintomas depressivos, com uma remissão do TCAP em 76,1%. Contradizendo outros resultados aqui relatados, os pacientes desta pesquisa tiveram perda significativa de peso, o que pode representar uma maior eficácia da TCC em grupo. Foram encontrados resultados médios de perda de 1,5 kg na TCC associada a Orientação nutricional, 2,8kg no grupo que recebeu TCC

com Orientação nutricional e exercício físico, e uma perda insignificante de 0,3kg no grupo que só foi tratado com TCC.

Agras et al. (1995 apud Duchesne et al., 2007) verificaram, após a remissão dos sintomas do TCAP, uma perda de, em média, 4,1kg depois da associação da TCC com TC (Terapia Comportamental)

Segundo alguns estudos (Marchesini et al., 2000; Wilfley et al., 2002; Eldredge et al., 1997; Pendleton et al., 2002; Ricca et al., 2001; Kenardy et al., 2002 apud Duchesne et al, 2007), a redução da compulsão alimentar e a diminuição da insatisfação com a imagem corporal contribuem para a melhora do humor, do sentimento de bem-estar subjetivo, da percepção de qualidade de vida e autoeficácia dos pacientes obesos com TCAP tratados com TCC, como também, diminuições nos níveis de ansiedade nestes pacientes quando o tratamento na TCC é associado à orientação nutricional e envolvimento em exercícios físicos. Sendo assim, há uma melhora das dificuldades interpessoais, da autoestima, e remissão de transtornos comórbidos, associados ao TCAP.

Contudo, os resultados da TCC no peso corporal só são expressivos se associada à orientação nutricional e atividade física, com uma perda média de 2,8 kg contra 1,5 kg em pacientes expostos somente à TCC. Verifica-se que a remissão dos comportamentos de compulsão alimentar estão correlacionados em 92% à perda de peso (Duchesne et al, 2007). Também foram relatados resultados positivos quanto à perda de peso em um estudo de Machado e colaboradores, que associou a TCC com o uso do psicofármaco femproporex, demonstrando a eficácia a curto prazo do programa terapêutico utilizado. Nesse estudo houve redução do peso ponderal de 15,7% ao início do estudo, redução do IMC e melhora dos índices metabólicos (colesterol total e triglicerídeos).

Os dados desta pesquisa sugerem uma grande aderência dos pacientes à TCC já que 70% fizeram uma avaliação positiva desta terapia e relataram interesse na continuação do tratamento. O que é avaliado pelos pesquisadores como de grande importância, sendo a obesidade uma doença que precisa de acompanhamento pelo resto da vida por ser uma doença crônica.

Xavier e colaboradores (2010) também apresentam dados animadores sobre a perda de peso de pacientes obesos com o uso da TCC com foco na satisfação da imagem corporal. Houve uma redução do IMC estatisticamente significativa, tendo diminuído o IMC médio de 33,76 kg/m² para 32,77 kg/m².

Os dados sobre a perda de peso no tratamento da TCAP demonstram a importância de uma associação do tratamento da TCAP com o da obesidade, presente na maioria dos indivíduos diagnosticados com o distúrbio. Para tal, Costa (2000) indica um trabalho multidisciplinar composto por endocrinologista, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, nutricionista e educador físico. A TCC focada na redução de peso inicia-se com um vínculo terapêutico de confiança, para que o paciente se sinta à vontade para revelar informações que o constroem e culpam, e a psicoeducação sobre o modelo terapêutico seguido, o papel do psicoterapeuta, e a importância de desenvolver e utilizar competências e habilidades para resolver seus problemas relacionados à obesidade e TCAP. Em consonância com a evolução da terapia, a obesidade é analisada quanto às dificuldades de perder peso e os fatores que podem aumentar, diminuir ou manter o problema, avaliando em que contextos os comportamentos, cognições e emoções são emitidos, variáveis genética, fisiológicas e aprendizagens passadas, fatores interpessoais, cognitivos, afetivos, e consequências imediatas positivas. Sendo também essencial confrontar as expectativas do doente com a realidade, pois perdas de peso irrealistas podem desmotivá-lo a continuar o tratamento.

A TCC atinge os objetivos de mudança do comportamento alimentar na obesidade a partir da manipulação das variáveis que controlam o repertório que mantém o ganho de peso, modificando indiretamente o peso corporal, mudam-se contingências e regras que governam o comportamento. E, segundo Cade e colaboradores (2009), o paciente participa ativamente do processo já que planeja suas metas, discute, escolhe e implementa os meios para atingi-las de acordo com os recursos disponíveis, aumentando o seu nível de autocontrole.

Outras técnicas cognitivas que podem ser utilizadas no tratamento da obesidade dizem respeito à avaliação e correção dos pensamentos inadequados, reestruturação cognitiva, imagens orientadas, treinamento de autoinstrução, estímulo ao auto reforço. Todas estas, orientadas para identificação das crenças centrais e intermediárias que levam a determinados pensamentos automáticos acerca de si mesmo, seu corpo, e a reações emocionais consequentes. Segundo Vasques, Martins e Azevedo (2004), algumas dessas crenças exprimem que ser magro está associado a autocontrole, competência e superioridade, ser magro é fundamental para resolver os problemas da vida, pessoas obesas são infelizes. E estas crenças resultam em baixa autoestima, e manutenção de transtornos de humor e de ansiedade que só pioram o quadro de obesidade, por isto devem ser transformadas em crenças úteis e funcionais para a recuperação dos pacientes.

A partir dos estudos apresentados, constata-se correlação evidente entre TCAP e obesidade, podendo, por isso, ser sugerido um protocolo de tratamento que trate um e outro problema de forma multidisciplinar, focando nos episódios de compulsão alimentar e na redução do peso, para assim intervir de forma eficaz para a promoção da saúde do paciente, já que são conhecidos os diversos problemas decorrentes da manutenção da obesidade. Sugere-se, então, no protocolo de tratamento com a TCC: Formulação Cognitiva; conceituação cognitiva (crenças e pensamentos automáticos envolvidos no problema); Psicoeducação; fortalecimento da rede de apoio social; foco na redução de peso; estímulo à prática de exercícios físicos; Automonitoria; treinamento de autocontrole (controle dos comportamentos compulsivos); reestruturação cognitiva; modificação de hábitos alimentares; abordagem da autoestima; estratégias comportamentais de enfrentamento para a alimentação inadequada; Prevenção de Recaída.

4 CONCLUSÕES

Todos os dados aqui apresentados sugerem que a TCC é o tratamento mais adequado para a TCAP. São verificadas reduções significativas dos sintomas relacionados ao TCAP após o tratamento psicoterápico com base na abordagem Cognitivo-Comportamental, como também são relatados aumento no controle do impulso para comer inadequadamente, diminuição nos níveis de preocupação disfuncional com alimentação, peso e massa corporal. Também foi testado e verificado que a TCC contribui para a diminuição da insatisfação com a imagem corporal, o que pode ser correlacionado a melhoras no humor, no sentimento de bem-estar subjetivo, da percepção de qualidade de vida e autoeficácia. Estes são resultados da TCC administrada de forma isolada e associada à orientação nutricional a, principalmente, pacientes obesos, com envolvimento em atividades físicas.

Consequente às melhoras descritas no parágrafo anterior, também há melhora no quadro dos transtornos comórbidos, principalmente depressão e ansiedade. Isto se deve à aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento de emoções e sentimentos negativos propiciados com a terapia.

Sendo assim, as técnicas da TCC aqui apresentadas são úteis no tratamento do TCAP, e esta abordagem psicoterápica apresenta os melhores resultados, tanto realizada individualmente, como no tratamento grupal a pacientes com este distúrbio. É importante salientar que os resultados de remissão dos sintomas do TCAP mostraram-se superiores no tratamento a nível grupal, o que indica que uma forte rede de apoio é fundamental para a recuperação desses pacientes.

No entanto, ainda são necessários maiores estudos que explorem sua eficácia na perda de peso, já que a maioria dos pacientes diagnosticados com TCAP é obesa, constituindo um grande problema para a vida dessas pessoas, e os resultados na perda de peso não se mostram significativos na maior parte das pesquisas relatadas.

Por isso, no presente estudo sugere-se um protocolo de tratamento na TCC que una os objetivos de uma terapia para TCAP e para obesidade, tendo eficácia já comprovada na remissão dos comportamentos compulsivos, e também, associado a isto, a redução significativa de peso, contribuindo para uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Tendo-se verificado a eficácia dos tratamentos nos problemas mencionados, a prevenção é a melhor forma de afastar crianças e jovens dos problemas decorrentes da obesidade e de outros transtornos alimentares. Através da escola, esta população deve ser informada sobre os riscos da alimentação inadequada, das concepções erradas sobre os grupos alimentares e como devem estar associados, dos benefícios do exercício físico e vantagens do consumo de alimentos saudáveis. É importante, ainda, a participação dos pais nestes programas de prevenção, sendo orientados a dar exemplos funcionais de alimentação saudável e estimulando seus filhos a se alimentarem de forma saudável.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, J. C. & CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, Supl. 2, p. 28-31, 2000.

APPOLINÁRIO, J. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 75-76, 2004.

ASSIS, M. A. A. de & NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 12, n. 1, 1999.

AZEVEDO, A. P. de; SANTOS, C. C. dos & FONSECA, D. C. da. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BITTENCOURT, S. A. **Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS: Porto Alegre, 2009.

COSBY, P. C. Ponto de partida. In: **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Editora Atlas: São Paulo, p. 30-49, 2003.

COSTA, C. A. Q. **Psicoterapia comportamental e cognitiva na promoção da saúde: intervenção na obesidade**. 2000. 12f. Relatório de pesquisa (Mestrado em Terapias comportamentais e cognitivas da U.L.H.T.) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa.

COUTINHO, W. F. & CABRAL, M. D. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 91-94, 2000.

COUTINHO, W. F. Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. **Revista Einstein**, São Paulo, Supl. 1, 2006.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C. & DEVLIN, M. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 63-67, 2002.

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

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

DUCHESNE, M. et al. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 23-25, 2007.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. de M. Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 49-53, 2002.

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

FILHO, T. E. T.; MAGALHÃES, P. M. da S. & TAVARES, B. M. A terapia cognitivo-comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 160-168, 2009.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HORNBACHER, Marya. Transtornos Alimentares e do sono. In: BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia** Uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

LOFRANO-PRADO, M. C. et al. Obesidade e transtornos alimentares: a coexistência de comportamentos alimentares extremos em adolescentes. **Cons Saúde**, v. 10, n. 3, p. 579-585, 2011.

MACHADO et al. Avaliação da associação da terapêutica medicamentosa e a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 58, n. ½, 2002.

MACHADO et al. Tratamento Cognitivo comportamental em grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva: um estudo exploratório. **Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud**, Granada, v. 1, n. 2, p. 307-316, 2001.

MATOS, M. I. R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 165-169, 2002.

MAZZONI, C. G., ROSINSKI, F. L.; FERREIRA, L. B. & SILVEIRA, P. dos S. Terapia Cognitivo-comportamental dos Transtornos alimentares. **Psicologia Ulbra/Guaíba**, 2009.

NEUFELD, C. B.; MOREIRA, C. A. M. & XAVIER, G. S. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 93-100, 2012.

PETRIBU, K. et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

- QUADROS, M. R. R.; BRUSCATO, G. T. & FILHO, A. J. B. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 59-65, 2006.
- SCHEBENDACH, J. E. Nutrição nos distúrbios alimentares. In: MAHAN, L. K. & ESCOTT-STUMP, S. **Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; & CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 2, 2002.
- Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: Ciências da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade, 16, 2011, Mato Grosso do Sul. **Sinais de risco associados ao Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP): Um olhar voltado às acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2011. p. 2973-2976.
- Simpósio Internacional de Imagem corporal e Congresso Brasileiro de Imagem Corporal, 1, 2010, Campinas. **Alterações na satisfação da imagem corporal a partir da intervenção cognitivo-comportamental em um programa de reeducação alimentar multidisciplinar**, Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.
- Simpósio Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, 3., 2006, Ribeirão Preto. **Transtornos Alimentares – Quadro Clínico**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006. p. 340-348
- VASQUES, F.; MARTINS, F. C. & AZEVEDO, A. P. de. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004.
- VITTOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. & HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, 2006.

