



ALINE SOUSA DA SILVA

TRANSTORNO ALIMENTAR E OBESIDADE:
Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

Lauro de Freitas
2018

ALINE SOUSA DA SILVA

TRANSTORNO ALIMENTAR E OBESIDADE:

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à União Metropolitana para Desenvolvimento da Educação e Cultura- UNIME, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Nutrição.

Orientadora: Aline Brito Tischler

ALINE SOUSA DA SILVA

TRANSTORNO ALIMENTAR E OBESIDADE:

Transtorno Da Compulsão Alimentar Periódica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à União Metropolitana para Desenvolvimento da Educação e Cultura - UNIME, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Nutrição.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Aline Brito Tischeler

Prof^o. Me. Lucas Mateus Gonçalves de Oliveira

Prof^a. Me. Tassara Almeida Pinto Moreira

Lauro de Freitas, 10 de dezembro de 2018

Aos meus pais Juarez Santos da Silva,
Maria das Neves Sousa da Silva e ao meu
esposo Luiz Carlos de Farias Barnabé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter me concedido força e coragem durante toda essa caminhada. Aos meus pais Juarez Santos da Silva e Maria das Neves Sousa da Silva, pelo amor, carinho, zelo e ensinamentos, e por não medirem esforços para que eu pudesse ter a oportunidade de estudar no decorrer dessa trajetória e em toda minha vida.

Ao meu esposo Luiz Carlos de Farias Barnabé, amor incondicional, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando em todos os momentos, meu eterno agradecimento por desempenhar muitas das minhas responsabilidades domésticas nestes últimos tempos e compreender todos meus momentos de dificuldades, seu valioso e incansável apoio foi definitivo em todos os momentos deste trabalho. Aos meus irmãos Alex Sousa da Silva e Sandro Diomar Sousa da Silva, por me incentivarem a não desistir nunca, essa conquista também é de vocês.

A minha sobrinha Camila Mascarenhas das Cruz Silva, ontem criança, hoje adolescente cujas fases não pude acompanhar de perto, mas, sua sabedoria inspirou-me e refletiu no meu dia a dia no sentido de tornar-me um exemplo para seu futuro, por seu carinho demonstrado mesmo à distância e pelos nossos momentos de alegria singular quando estamos juntas.

As minhas cunhadas Aldira Ferreira de Sousa, pelo acolhimento no seu lar muitas vezes de passagem, seus conselhos e palavras de ânimo e de fé. E, de modo especial Reinilda Aparecida Mascarenhas da Cruz, obrigado por toda atenção quando mais precisei, pelo ombro amigo quando chorei, pelas vibrações das conquistas, vocês que sempre estiveram em orações torcendo para que tudo tivesse um final feliz, serei eternamente grata e, à sua irmã Rosenilda Mascarenhas da Cruz por ter contribuído de forma indireta, mas, suficiente para reconhecer a sua importância no final dos meus estudos.

Aos meus avôs João Adriano da Silva, Ciriaca Maria dos Santos, Ilarino Paulo de Sousa “*In Memória*” e Benícia de Jesus Carvalho, pela existência de meus pais, sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

A minha segunda família, meu sogro Luiz dos Santos Barnabé e Claudinete Maria de Farias, minha cunhada Carla Priscila De Farias Santos e meu cunhado

Carlos Henrique de Farias Santos, gratidão por todas as vezes que me deram atenção nos meus momentos difíceis.

A minha professora do primário Fausta Santos Silva, minha mestra a qual me espelhei, gratidão por seus ensinamentos com tanto amor e dedicação, você me forneceu os primeiros ensinamentos para chegar até aqui.

Aos meus amigos que hoje tenho o prazer de compartilhar este momento, o meu obrigado especial a Rosimare Matos Maia por todas as orações dirigidas a mim, pelas inúmeras vezes que chorei em seu ombro e você sempre dispensou seu apoio. Aos demais colegas de sala que tive o privilégio de compartilhar emoções, saberes e até mesmo contradições.

Aos professores, reconheço a capacidade de orientar, de apoiar, compreender e até mesmo advertir quando necessitei às vezes com paciência, outras nem tanto. Vocês me deram ferramentas para evoluir a cada dia em busca dos meus objetivos.

A todas as pessoas de perto, de longe, pela preocupação demonstrada através de ligações, visitas, orações e mensagens. Obrigado, vocês que ajudaram com suas energias positivas e me alimentaram com certezas, força e alegrias.

“A persistência é o caminho do Êxito” (Charles Chaplin).

RESUMO

A análise realizada nesta pesquisa aborda o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica - TCAP na obesidade com base no questionamento: como a nutrição pode ajudar no tratamento deste episódio. A abordagem perpassa pelos principais conceitos, origem, características, fatores de risco e apresenta as diversas formas de tratamento sugeridas pela bibliografia estudada, tendo como objetivo geral: analisar de que maneira a alimentação saudável e o comportamento alimentar podem auxiliar no tratamento do TCAP no grupo da obesidade. Considerando sua etiologia e, por ser uma doença multifatorial, o tratamento do TCAP na obesidade requer uma equipe multiprofissional a qual inclui além do tratamento clínico e cirúrgico, a participação do nutricionista como educador alimentar, do psicólogo e/ou psiquiatra, e do educador físico. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo descritivo na qual a associação entre TCAP e obesidade foi evidenciada por diversos autores cujas ideias foram complementando-se ao longo da temática discutida. Esse estudo demonstrou que os maus hábitos alimentares, o comportamento compulsivo são agentes de causa ou facilitadores da obesidade e de fatores de risco nos quais estão suscetíveis os obesos. Na busca do tratamento adequado, a metodologia adotada pelos profissionais envolve a dietoterapia, a psicoterapia cognitiva e a prática de atividade física regular como fundamentais para a redução e manutenção do peso ponderal. Portanto a alimentação saudável e a mudança de comportamento alimentar, psíquico e físico terão papel fundamental para uma qualidade de vida saudável.

Palavras-chave: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica 1; Obesidade 2; Tratamento multidisciplinar 3; Alimentação Saudável 4; comportamento alimentar 5.

ABSTRACT

The analysis conducted in this study addresses the binge eating disorder-TCAP in obesity based on questioning: How nutrition can help in the treatment of this episode. The approach permepasses the main concepts, origin, characteristics, risk factors and presents the various forms of treatment suggested by the bibliography studied, with the general objective: to analyze how the healthy diet and the Feeding behavior can help in the treatment of TCAP in the obesity group. Considering its etiology and, because it is a multifactorial disease, the treatment of TCAP in obesity requires a multidisciplinary team which includes besides the clinical and surgical treatment, the participation of the nutritionist as a food educator, the psychologist and/or Psychiatrist, and the physical educator. This is a bibliographic review of a descriptive qualitative character in which the association between TCAP and obesity was evidenced by several authors whose ideas were complemented along the topic discussed. This study showed that bad eating habits, compulsive behavior are agents of cause or facilitators of obesity and risk factors in which obese people are susceptible. In the search for adequate treatment, the methodology adopted by the professionals involves the dietotherapy, cognitive psychotherapy and regular physical activity as fundamental for the reduction and maintenance of weight. Therefore, healthy eating and changes in food, psychic and physical behavior will have a fundamental role for a healthy quality of life.

Key-words: Binge eating disorder 1; Obesity 2; Multidisciplinary treatment 3; Healthy eating 4; alimentary behavior 5.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da Compleição Física.....27

Tabela 2 - Classificação dos Diferentes Graus de Obesidade em Adultos.....27

Tabela 3 - Classificação do Estado Nutricional de Acordo com o (IMC) e o Risco de Comorbidade.....28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização do episódio de TCAP na obesidade.....	17
-----------------------------------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura1 – Aumento da obesidade, adultos com excesso de peso (IMC acima de 25) e obesidade nos Brics em 2006.....22

Figura 2 – Evolução da frequência de excesso de peso no Brasil entre crianças e adolescentes.....33

Figura 3 – Evolução da frequência de obesidade no Brasil entre crianças e adolescentes.....34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DHGNA - Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica

DSM - Manual Diagnóstico e Estatística

OMS - Organização Nacional de Saúde

IMC - Índice de Massa Corporal

PAAS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

SAOS - Síndrome Apnéia Obstrutiva do Sono

TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCC – Transtorno do Comer Compulsivo

TO - Tratamento Alimentar

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 TRANSTORNO DACOMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA NA OBESIDADE – TCAP.....	15
2.1 CONCEITO E ORIGEM.....	15
2.2 CARACTERÍSTICAS DO TCAP NA OBESIDADE	17
2.3 O QUE É OBESIDADE	20
2.4 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OBESIDADE	23
2.5 PRINCIPAIS RISCOS RELACIONADOS À OBESIDADE	25
2.6 COMO DIAGNOSTICAR A OBESIDADE.....	26
3 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO TRATAMENTO E/OU PREVENÇÃO DO TCAP NA OBESIDADE.....	29
3.1 ASPECTOS NUTRICIONAIS.....	31
3.2 LEGISLAÇÃO, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL.....	32
4 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO TCAP NA OBESIDADE.....	36
4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	36
4.2 ASPECTOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA PERDA E MANUTENÇÃO PONDERAL.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria DSM, *Binge Eating Disorder* ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é a denominação mais comum em nosso idioma para os episódios recorrentes de descontrole alimentar no qual ocorre a ingestão pesada, desenfreada e descontrolada de alimentos seguida por um arrependimento, construída de culpa e auto-reprovação. Esse transtorno ocorre geralmente em mulheres e inicia-se com maior probabilidade no final da adolescência ou no início dos 20 anos em pessoas com sobrepeso ou não. Seu primeiro estudo foi diagnosticado pelo americano Stunkard em 1959. Na obesidade suas consequências poderão ser mais preocupantes, pois, tendem a aumentar ainda mais os fatores de risco aos quais estão predispostos os indivíduos com sobrepeso, como doenças cardiovasculares, diabetes Mellito tipo 2, hipertensão arterial entre outros. Seu tratamento inclui a participação de uma equipe multiprofissional como clínico, nutricionista, psicólogo, educador físico e inclui acompanhamento nutricional, tratamento dietético, e psicoterapia individual tendo em vista a redução do peso ponderal.

O estudo sobre TCAP na obesidade se deve ao fato de que atualmente no Brasil houve um aumento significativo do número de pessoas com peso acima do normal a preocupação com a saúde pública desse grupo de pessoas e por considerar que a intervenção nutricional entre outras intervenções poderão favorecer para a adoção de hábitos saudáveis e assim obter a perda e a manutenção do peso corporal perdido. Portanto, a educação nutricional assim como a intervenção psicológica e a prática de atividade física, tornar-se-ão determinantes no controle de TCAP em indivíduos com obesidade.

Uma vez que pesquisas revelaram o aumento do quadro de pessoas portadoras de comportamento alimentar compulsório na obesidade e as consequências advindas deste comportamento surgiu então a necessidade de saber: como a nutrição poderá ajudar no tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica na obesidade?

Esta Pesquisa tem como objetivo geral, analisar de que maneira a alimentação saudável e o comportamento alimentar, podem auxiliar no tratamento do TCAP na obesidade e, para tanto tornou-se necessário, três objetivos específicos: Conceituar o transtorno da compulsão alimentar periódica na obesidade; Entender o que é educação alimentar e como ela pode influenciar nas mudanças de hábitos alimentares, auxiliando o indivíduo a tratar, e prevenir o transtorno da compulsão alimentar e Compreender que o tratamento do TCAP implica além da educação alimentar e terapia nutricional, uma equipe que possibilite o tratamento psicológico e a prática de atividade física entre outros.

Trata-se de uma revisão de literatura, com pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo descritivo, caracterizada pela neutralidade e um grau de generalização que, possibilitou informações necessárias para atingir o objetivo proposto. A literatura incluiu estudos em livros acadêmicos e artigos em periódicos como revista

científica e sites confiáveis que incluíram os seguintes autores e anos: Helpern, 2001; Cuppari, 2004; Claudino e Zanella, 2005; Dâmaso, 2012; Mahan, 2012; Nunes *et al*, 2006; Philippi e Alvarenga 2004; e diversos artigos como: Pereira *et al*, 2015; Francischi, 2007; Vilarta, 2007; Souza, 2011; Linhares *et al*, 2016; Lima e Oliveira, 2016; Apolinário e Freitas, 2015; Pisicolaro, 2015; Fisberg *et al*, 2015; Angelucci *et al*, 2015 entre outros. Entre os sites visitados estão o Psicologia pt. Artigos; Biblioteca Digital; Ministério da Saúde, 2012, entre outros. Vale ressaltar que a literatura pesquisada correspondeu ao período de 2001 a 2016, pois, as obras mais recentes não contemplaram toda a temática em estudo, sendo necessário remeter a informações anteriores a 2010. Nessa perspectiva, a pesquisa foi realizada em três etapas: A primeira etapa correspondeu à escolha, delimitação do tema e a problemática levantada, seguida dos objetivos geral e específicos. A segunda etapa envolveu a pesquisa bibliográfica com o estudo minucioso das obras selecionadas acompanhadas de registro de argumentos de maior relevância sobre o tema abordado, o que culminou na elaboração do referencial teórico, da metodologia utilizada e da introdução do tema. Por último foi elaborado o desenvolvimento e as considerações finais a respeito do que fora coletado durante o estudo.

Considerando os aspectos observados e descritos ao longo da pesquisa ficou evidente que, a bibliografia analisada, foi fundamental para conceituar o TCAP, entender a problemática que envolve a educação alimentar e, compreender a importância da equipe multidisciplinar no tratamento do TCAP na obesidade, além de concluir que a participação de uma equipe médica multiprofissional, a mudança de hábitos serão fatores fundamentais no tratamento do TCAP na obesidade.

2 TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA¹ NA OBESIDADE - TCAP

2.1 CONCEITO E ORIGEM

Para Cuppari (2014), o processo de industrialização global trouxe grandes mudanças de comportamento que influenciaram na saúde e no bem-estar da população. Dentre eles a obesidade pode ser além dos aspectos genéticos desencadeada pelos maus hábitos alimentares, adquiridos pelo fácil acesso aos alimentos prontos, a pouca ou má distribuição do tempo para a realização das tarefas diárias, o consumo excessivo de alimentos industrializados ricos em açúcares e gorduras trans, o sedentarismo entre outros fatores. Esse novo hábito vem contribuindo para que pessoas com predisposição ao sobrepeso desenvolvam o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica no grupo da Obesidade (TCAP).

Nas últimas décadas, houve aumento significativo no consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares, gorduras trans e carboidratos simples. Essas modificações dietéticas, independente da prática ou não de atividade física contribuíram para o ganho excessivo de peso. Além disso, elas vieram acompanhadas por um aumento concomitante do tamanho das porções servidas e consumidas pela população do mundo todo (CUPPARI, 2014).

Neste mesmo contexto, outros autores também atribuíram a mudança de hábitos alimentares aos aspectos socioculturais e à etiologia da obesidade, sendo eles, grandes influenciadores para a mudança corporal na sociedade moderna. Para Claudino e Zanella (2005, p. 62):

Aspecto sócio culturais contam com indicativos mais claros de seu papel etiológico uma vez que aumentos de prevalência de TA e obesidade nas últimas décadas ocorrem simultaneamente às modificações nos hábitos de alimentação e nos padrões de peso e formas corpóreas socialmente valorizadas, sugerindo que essas modificações estariam atuando em indivíduos predispostos.

¹ Designa um episódio de descontrole no qual ocorre a ingestão pesada, desenfreada e descontrolada de alimentos seguida por uma “ressaca moral” constituída de sentimento de culpa e auto reprovação.

Outros estudos revelaram que a influência socioeconômica está intimamente ligada ao padrão alimentar da população. É notório que a população menos favorecida tende a apresentar aumento de peso cada vez maior que as classes de maior poder aquisitivo. Observou-se que as mudanças no modo de vida e no ambiente são os principais responsáveis pelo crescimento acelerado da obesidade no Brasil e no mundo e por esse motivo, surgiu a necessidade de diversas intervenções no contexto individual e coletivo. Isso porque a população menos favorecida não dispõe de orientação alimentar adequada e demonstram atividade física diminuída e consumo alimentar muito calórico como cereais, açúcares e óleo. Normalmente, estes alimentos estão ligados a hábitos tradicionalmente incorporados. Por outro lado, vem se tornando menores os índices de obesidade nas classes mais altas por terem maior acesso à informação sobre os danos à saúde que a doença acarreta (LIMA e OLIVEIRA, 2016).

Entre outras discussões os estudos de Wanderlei (2010), enfatizaram a relação do TCAP na obesidade com o estilo de vida ocidental moderno, apresentando as implicações da dieta e da falta de atividade física, relacionou o aumento do balanço energético positivo, com favorecimento da obesidade e do excesso de peso. Estes fatores confirmam a relação das mudanças no consumo alimentar com aumento do fornecimento de energia pela dieta, e redução de atividade física configurando o estilo de vida ocidental contemporâneo.

Em seus estudos, Claudino e Zanella (2005), abordaram o conceito de TCAP a partir da Associação Americana de Psiquiatria, DSM afirmando que *Binge Eating Disorder*² ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, é a denominação mais comum em nosso idioma para os episódios recorrentes de descontrole alimentar no qual ocorre a ingestão pesada, desenfreada e descontrolada de alimentos num determinado momento, normalmente seguida de arrependimento, culpa, e auto reprovação que ocorre entre outras, em pessoas com sobrepeso. Seu primeiro estudo foi diagnosticado pelo americano Stukard em meados do século XX: Eis o que disse as autoras a esse respeito:

²Binge Eating Disorder – expressão de origem inglesa que significa festa ou ajuntamento social e farra, usada no contexto de ingestão de álcool de forma pesada, desenfreada.

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica é a denominação mais adotada em nosso idioma para *binge eating disorder*, categoria diagnóstica de transtorno alimentar proposta no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria - DSM – IV. [...] A primeira descrição formal de episódios de descontrole alimentar entre obesos foi feita por Stukard em 1959, sugerindo que, entre eles, poderia existir um subgrupo com padrão alimentar distinto. No entanto, só recentemente o interesse por esse grupo de pacientes recrudescceu, para tentar discriminá-los dos obesos sem compulsão e dos pacientes com bulimia nervosa (BN), (CLAUDINO E ZANELLA, 2005, p. 59).

No que se refere ao tratamento do TCAP na obesidade, Mahan (2012), afirmou que o tratamento deve ser provido em vários patamares de cuidado, dependendo da gravidade da doença inclui hospitalização do paciente, tratamento residencial, hospitalar – dia, tratamento intensivo do paciente de ambulatório e tratamento do paciente de ambulatório. O tratamento do paciente internado pode ser realizado em uma unidade psiquiátrica ou médica e o uso do protocolo comportamental desenvolvido especificamente para o cuidado com TCAP na obesidade foi altamente recomendado.

2.2 CARACTERÍSTICAS DO TCAP NA OBESIDADE

Para Cuppari (2014), a descrição do TCAP surgiu pela necessidade de diferenciar o obeso com TA dos que não apresentam a compulsão. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM -V), o TCAP na obesidade foi caracterizado com base nos seguintes critérios apresentados no quadro 1 que segue:

Quadro 1- Caracterização do episódio de TCAP na Obesidade.

CARACTERIZAÇÃO DO EPISÓDIO DE TCAP NA OBESIDADE
A- Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

- 1- Ingestão em um período determinado com intervalos de mais ou menos duas horas de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
- 2- Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto está ingerindo)

B- Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três dos seguintes aspectos:

- 1- Comer mais rapidamente do que o normal
- 2- Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
- 3- Comer grandes quantidades de alimentos na ausência da sensação física de fome.
- 4- Comer sozinho por vergonha de quanto se está comendo
- 5- Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

C- Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

D- Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média ao menos uma vez por semana durante três meses.

E- A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compulsório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa e anorexia nervosa.

Além do TCAP na obesidade ter sido caracterizado pela quantidade e pela frequência, ele apresenta outra característica: a faixa etária e o gênero que estão mais suscetíveis ao transtorno. “O início do TCAP geralmente ocorre no final da adolescência ou no início dos 20 anos, tendo as mulheres uma probabilidade de 1,5 vezes maior de desenvolver este distúrbio que os homens e” apresentam diversos problemas tanto físicos quanto psicológicos: “indivíduos com TCAP têm uma sensação de impotência com relação à sua alimentação, o sofrimento emocional significativo, caracterizado por sensações de aversão, culpa e depressão, ocorre após a compulsão alimentar” (MAHAN 2012 p. 492).

Para Helpern (2001), o indivíduo, em determinadas situações e principalmente em determinados horários, ingere quantidades absurdas de comida de maneira compulsiva, descontrolada. Este hábito é mais freqüente em mulheres e, em determinadas circunstâncias, é seguido de vômitos, cerca de 30% das mulheres obesas apresentam hábito compulsivo. Em outras palavras, Cordás e Ascencio (2006, p. 02) complementaram ao afirmarem que o TCAP “está baseado em critérios quantitativos que se refere à freqüência em que esses episódios ocorrem e a avaliação da quantidade que o indivíduo ingere”. Sem necessariamente sentir a fome como motivação, mas sim o desejo sem controle.

Para Apolinário e Freitas (2015), o TCAP na obesidade, parece ser uma condição complexa com vários possíveis fatores etiológicos e mecanismos de manutenção, tornando possíveis diversos tipos de intervenções terapêuticas, por exemplo, orientação nutricional, diferentes modelos de psicoterapia de grupo ou individual e prescrição de psicofármacos. Assim o tratamento de obesos com TCAP deve envolver uma equipe multiprofissional que inclua nutricionista, professor de atividade física, psicólogo, psiquiatra, endocrinologista e clínico geral. Porém tendo em vista o objeto desta pesquisa, esta abordagem enfatizou a participação do nutricionista do psicólogo e do professor de atividade física.

Dentre a problemática que envolve o tratamento do TCAP, Apolinário e Freitas (2015, p. 1091), observaram três tipos de desafios a serem enfrentados pelo portador da síndrome:

- A compulsão alimentar (componente comportamental)

- Os demais sintomas psicológicos específicos e associados ao TCAP (componente subjetivo)
- O excesso de peso (componente somático)

Em suma, as metas e estratégias para o tratamento do TCAP incluem acompanhamento nutricional, tratamento dietético, psicoterapia individual, e em grupo e medicação, além da auto aceitação, a melhoria da imagem corporal, do padrão alimentar e o aumento da atividade física (MAHAN, 2012).

2.3 O QUE É OBESIDADE

Tendo em vista o contexto mundial, no capítulo que trata da obesidade, Cuppari (2014), abordou questões relevantes para a conceituação, caracterização e diferenciação. Estabeleceu metas com aspectos fundamentais para a promoção da saúde e morbimortalidade de indivíduos e populações com obesidade: como a elaboração de diagnóstico precoce e a utilização de intervenções terapêuticas apropriadas. Neste contexto, foi apresentada a diferença entre sobrepeso e obesidade. Para ela o sobrepeso significou um aumento excessivo de massa corporal, enquanto a obesidade representou excesso de adiposidade em sua composição. Conforme seus estudos a obesidade foi conceituada como doença multifatorial por apresentar uma característica peculiar: Uma doença crônica que ocorre em consequência de muitos fatores sejam eles, genéticos, endócrinos, psicobiológicos ou culturais, e atinge pessoas de todas as idades, em diferentes fases da vida com um diferencial: é ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis como Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2. Para Vilara (2007), a obesidade é identificada quando há um desequilíbrio energético, ou seja, quando a quantidade de calorias ingeridas é maior do que a quantidade de energia gasta nas atividades do dia-a-dia. Uma pessoa é considerada obesa quando seu peso for, no máximo, 20% do que o considerado ideal para a sua altura e é calculado conforme o IMC. Ou seja, o peso em quilogramas dividido pela altura ao quadrado. No que se refere ao período mais propenso à obesidade e quanto à influência desta na população, identificou-se que em relação às diferenças de gênero e idade, a prevalência de obesidade é similar nos dois sexos até a faixa etária dos 40 anos. A partir dessa

idade as mulheres apresentam prevalência duas vezes mais alta que os homens. Em adultos, à medida que aumenta a idade, a prevalência da obesidade é ainda maior (LIMA E OLIVEIRA 2016).

Um breve histórico sobre obesidade revelou que no Brasil, assim como, na maior parte do mundo, o excesso de peso também vem crescendo em índices alarmantes. Dados recentes de estudos nacionais destacam que a prevalência de baixo peso está em declínio mantendo-se dentro dos padrões aceitáveis pela OMS (abaixo de 5%) contrapondo-se aos altos valores encontrados para sobrepeso e a obesidade, os quais alcançaram juntos quase 30% da população de crianças e adolescentes (FISBERG *et al*, 2015).

Outros dados foram apresentados por uma pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que coletou informações nas 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal. As informações foram divulgadas pela Rede Globo de Notícia em 15 de abril de 2015. Esta pesquisa revelou o diagnóstico de saúde do brasileiro a partir de questionamentos sobre os hábitos da população, como tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, alimentação e atividade física. Tais informações foram apresentadas através da figura 1, Aumento da obesidade, adultos com excesso de peso e obesidade nos Brics. (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), esta pesquisa indicou que desde 2006, os adultos estão ficando cada vez mais pesados nos países em processo de desenvolvimento.

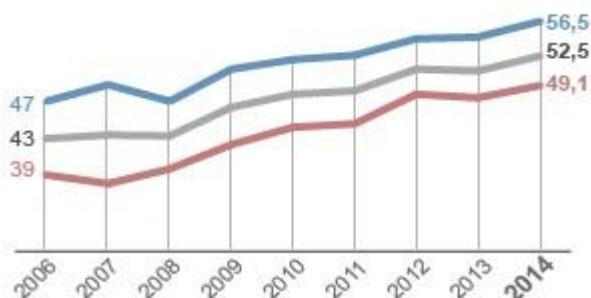
Figura 1 Aumento da obesidade, Adultos com excesso de peso (IMC acima de 25) e obesidade nos Brics em 2006.

Aumento da obesidade

Brasileiros estão ficando mais pesados desde 2006

■ HOMENS ■ MULHERES ■ TOTAL
EM (%)

Adultos com excesso de peso (IMC acima de 25)



Obesidade nos Brics



G1.com.br

Fonte: Vigitel
Infográfico atualizado em 15/4/2015

Disponível em: G1 – Globo.com

Segundo o Programa Bem Estar apresentado pela Rede Globo, exibido no dia 15 de abril de 2015, tais dados mostra que o excesso de peso é maior entre os homens - 55,5% contra 49,1 % das mulheres. Já a taxa de obesidade não é muito diferente entre os dois gêneros- 17,9% entre o sexo masculino e 18,2% entre o sexo feminino. Os maiores índices de excesso de peso foram encontrados em pessoas com idade entre 45 e 64 anos – 61% estão acima do peso. Já os jovens com idade entre 18 e 24 anos registraram 38% sendo estes, os dados considerados mais preocupantes pela pesquisa, por corresponder a 17,9% das pessoas com 18 anos. Esses dados chamaram a atenção da Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Deborah Malta pelo fato do índice de obesidade dobrar com a idade. Tratando-se da análise entre os países emergentes, o Brasil ficou em 3º lugar no ranking de obesidade. (REDE GLOBO DE TELEVISÃO, 2015).

A descoberta ora citada poderá ser complementada ou confirmada por Vilarta (2007), quando destacou as fases mais críticas para o desenvolvimento da obesidade afirmando que a vida intrauterina, a pré-puberdade e a adolescência. Notadamente estas são as fases em que o organismo se encontra em formação e crescimento. Logo, o aumento de células é muito importante, pois, no caso de obesidade há o aumentado número de células de gordura. Na idade adulta, a obesidade se dá devido o aumento do tamanho dessas células gordurosas já formadas nas fases anteriores. O que justifica a prevalência da mesma ser maior nos adultos do sexo feminino. Nesse contexto recai sobre as grávidas a missão de cuidar ainda mais da sua alimentação ao reconhecer que o que ela ingere afetará diretamente o feto que se encontra no seu ventre. Essa responsabilidade se estende também a toda família que tenha criança nas fases mais críticas. Os bons exemplos para uma vida saudável estão centrados primordialmente no berço familiar. Por outro lado, a atenção dos profissionais de saúde deve estar voltada para as crianças, para as possíveis causas e fatores de risco da obesidade tendo em vista uma melhoria na qualidade da assistência e favorecendo o crescimento e desenvolvimento infantil saudável (LINHARES, *et al*, 2016).

2.4 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OBESIDADE

Além de conceituar a obesidade e caracterizá-lo, a revisão bibliográfica, também revelou a existência de um mapa gênico da obesidade humana e o nível de dinamismo desse processo, sugerindo que o comportamento alimentar inadequado e o sedentarismo devem ser os principais fatores que influenciam o crescimento da obesidade nos grupos populacionais mais suscetíveis, revelando que a obesidade é influenciada pelo sedentarismo e maus hábitos. Eis o que disse Cuppari (2014), a esse respeito:

Fatores ambientais, caracterizados por um estilo de vida sedentário e hábitos alimentares inadequados, desempenham expressivo papel na gênese da obesidade da vida moderna e urbana, embora a suscetibilidade genética também seja reconhecida para o excesso ponderal (CUPPARI, 2014 p.186).

Segundo Fisberget *al* (2015), os principais fatores de risco para a obesidade estão associados às condições familiares e ambientais, sendo destacado o peso materno pré-gestacional; ganho de peso gestacional; o fumo durante a gestação; desmame precoce e introdução inadequada de alimentos complementares; emprego de fórmulas lácteas incorretamente preparadas; não consumo frequente de bebidas adoçadas; sedentarismo; comer com frequência em restaurantes, baixo nível educacional materno e baixo nível econômico.

Para Claudino e Zanella (2005), a obesidade corresponde ao excesso de consumo de comida comparado com o gasto de energia. Embora pareça tratar-se de uma condição auto induzida, achados recente da contribuição da genética para obesidade demonstram o papel da biologia em seu desenvolvimento. Outra contribuição importante desta autora indicou que a tendência à obesidade estaria associada aos Transtornos Alimentares - TA, pela tendência a fazer dieta. Além disso, a obesidade também prediz um crescimento das brincadeiras relacionadas ao peso, considerando pela autora como deletérios³ na autoestima e na satisfação corpórea, aumentando a pressão social para emagrecer especialmente em adolescente com autoimagem negativa. É muito comum, pessoas com obesidade mostrarem-se frustradas e inferiorizadas por não possuírem um corpo perfeito segundo os padrões de beleza da sociedade atual. Para a sociedade atual, a magreza é o padrão considerado como ideal. Essa, talvez seja a principal causa de o obeso por não conseguir manter regimes os quais se submeteram, por vivenciar um efeito sanfona, afetando sua autoestima e autoimagem. Em consequência o obeso tende a ignorar o seu corpo, não gosta de se olhar no espelho, não valoriza a qualidade de vida, não cuida do seu corpo, não faz exercício físico não investe em sua própria aparência. Para Cordás e Ascencio (2006), o preconceito contra o obeso está arraigado desde a infância quando são apresentados em desenho animado são geralmente portadores de deficiências físicas, na realidade são frequentemente definidos pelos colegas como preguiçosos, sujos, gulosos, feios. Já na adolescência e na fase adulta sofrem discriminação na vida acadêmica e profissional.

³ Deletério – Segundo a Wikipédia, refere-se ao que é prejudicial à saúde, que possui um efeito destrutivo; danoso, nocivo.

2.5 PRINCIPAIS RISCOS RELACIONADOS À OBESIDADE

Tendo por base Cuppari (2014), foi possível identificar várias doenças relacionadas à obesidade. Entre elas: Doenças cardiovasculares, Diabete Melito tipo 2, Hipertensão Arterial, Doença Hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) e litíases. Por outro lado, estudos epidemiológicos têm confirmado que a perda ponderal tem levado a melhoras dessas doenças, reduzindo tanto os fatores de riscos, quanto a morbimortalidade. Embora tenha citado nove doenças, apenas sete destas foram detalhadas pela literatura estudada. No que diz respeito às doenças cardiovasculares ficou evidenciado que a mortalidade associada à obesidade decorre de lesões no sistema vascular e ocorre principalmente em mulheres, e que o ganho de peso durante a vida adulta tem aumentado o risco dessa doença independente do peso inicial ou da presença de outros fatores de risco. O segundo fator de risco apontado pela autora citada, trata-se da Diabete Melito tipo 2: conforme estudos norte-americanos durante 14 anos que a obesidade contribuiu fortemente para incidência de intolerância à glicose tanto em homens quanto em mulheres. Já hipertensão arterial foi sinalizada duas hipóteses para explicá-la a relação entre obesidade e o aumento da pressão arterial. Para a autora, a primeira seria o aumento da contribuição da insulina relacionado com o aumento da concentração de catecolaminas plasmáticas, independentemente de qualquer alteração da glicemia, estímulo levando a atividade do sistema nervoso simpático. Com efeito, o aumento da atividade simpática vasoconstrictora na musculatura contribuiria para elevação dos níveis da pressão arterial. A outra hipótese apresentada foi que o rim seria outro local afetado no qual a resistência à insulina e a hiperinsulinemia poderiam agir, provocando elevação da pressão arterial pelo aumento do sódio. Por sua vez, na Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), a obesidade foi apontada como o mais importante fator de risco para este tipo de síndrome devido ao acúmulo de gordura localizada no pescoço de pessoas obesas que provoca um estreitamento das vias aéreas superiores. Pesquisas revelam que entre os portadores da síndrome, até 70% são obesas, e entre os obesos graves a incidência é de até 15 vezes maior quando comparada à população geral. Por outro lado, doença hepática gordurosa não alcoólica, foi caracterizada por depósitos de lipídios nos hepatócitos do parênquima hepático, causando elevação assintomática

de aminotransferases em até 90% dos casos. Há relatos ainda de estudos sugerindo que esse hormônio promove esteatose⁴ hepática e esteatose – hepatite, e outros mostrando que suas concentrações se correlacionam com esteatose e não com inflamação fibrose. A autora ressaltou que, apesar de não haver estudos clínicos bem controlados sobre esse tema, a perda de peso é fundamental, pois foram observadas melhoras bioquímicas e histológica com a perda ponderal gradual e moderna.

Tendo em vista os riscos em que o obeso está inserido, Vilarta (2007) ressaltou que a melhor forma de se prevenir a obesidade e as suas complicações, seria manter um estado nutricional adequado, pois, este promove o crescimento e o desenvolvimento, mantém a saúde geral, sustenta as atividades da vida diária e protege o corpo contra doenças.

2.6 COMO DIAGNOSTICAR A OBESIDADE

Alguns autores revelam a complexidade que está relacionada à maneira mais eficiente para diagnosticar um paciente como obeso. Dentre eles, Cuppari (2014), abordou o método para diagnosticar a obesidade considerando dois elementos importantes: a composição e a quantidade de gordura existente no corpo.

Para diagnosticar e avaliar os riscos relacionados à obesidade é preciso não apenas determinar a composição corporal, mas também identificar nessa composição quanto há de massa gordurosa e qual, a sua distribuição. Além disso, é fundamental que se proceda à avaliação nutricional e metabólica detalhada de modo a identificar o peso de cada fator no balanço energético diário (CUPPARI, 2014, p. 187).

Como padrão de referência de adequação de peso e altura, a autora utilizou a tradicional *Tabela do Metropolitan Life Insurance* por ser a que melhor associa valor de peso com relação à estatura de pessoas identificadas como saudáveis e normais. Considerando seu gênero e complexão física e ressaltando as limitações quanto à metodologia empregada firmou: “[...] esses resultados deram origem ao “peso ideal”

⁴ Esteatose hepática – É o acúmulo de gordura nas células do fígado, também chamada de filtração gordurosa do fígado.

ou “peso corporal relativo” (relação percentual entre o peso do indivíduo e o peso populacional) de menor morbimortalidade calculado a partir de tabelas conhecidas”. Com esses valores, buscou-se diagnosticar baixo peso, sobrepeso e indiretamente, desnutrição e obesidade. Nesse protocolo para obtenção do peso ideal, primeiro, calcula-se a compleição física do indivíduo, dividindo-se sua estatura pela circunferência do punho, conforme a relação: Logo, a Compleição física como mostra a tabela1 é igual à estatura em centímetros dividida pela circunferência do punho em centímetros (CUPPARI, 2014, p. 188).

Tabela 1 Classificação da compleição física

Compleição física	Grande	Média	Pequena
Homens	<9,6	9,6 a 10,4	>10,4
Mulheres	<10,1	10,1 a 11	>11

Fonte: Metroolitan Life insurance citada por Cuppari, 2014.

A tabela 2 mostrou a classificação dos diferentes graus de obesidade em adultos conforme a Organização Mundial da Saúde em 2012. Nela o IMC foi classificado em: baixo peso, normal, sobrepeso, pré-obeso, obeso I e obeso II.

Tabela 2 Classificação dos diferentes graus de obesidade em adultos.

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	Menor que 18,5
Normal	18,5 a 24,5
Sobrepeso	Maior que 25
Pré - obeso	25 a 29,9
Obeso I	30 a 34,9
Obeso II	35 a 39,9
Obeso III	Maior que 40

Fonte: Organização Mundial de saúde, 2012.

Além da avaliação da compleição física e peso ideal foi estabelecida também por Cuppari (2014), a classificação da revelação peso estatura, ou seja, o índice de massa corporal - IMC. Dessa mesma forma foram confirmadas que as relações de peso estatura apresentam grande precisão, pois utilizam uma padronização

adequada com baixa margem de erro. Logo, o IMC, tornou-se uma forma útil e muito prática de avaliar a obesidade, por calcular a razão entre a massa (kg) de um indivíduo e sua estatura (m) ao quadrado. Embora, o IMC seja muito utilizado, Vilarta (2007), salientou que o uso desse cálculo foi considerado inviável para referenciar o peso em crianças, mulheres grávidas, idosos frágeis e pessoas musculares.

A tabela 3 foi apresentada por Cuppari (2014, p. 190), e mostrou a classificação do estado nutricional de acordo com o IMC e o risco de comorbidade, segundo os critérios da Organização mundial da Saúde (OMS).

Tabela 3 Classificação do Estado Nutricional de acordo com o (IMC) e o risco de comorbidade.

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)	RISCO DE COMORBIDADES
Baixo peso	<18,5	Baixo (embora aumente o risco de outros problemas clínicos)
Intervalo normal	18,5 A 24,9	Médio
Excesso de peso	>25	
Pré obeso	25 a 29,9	Aumentado
Obeso classe I	30 a 34,9	Moderado
Obeso classe II	35 a 39,9	Severo
Obeso classe III	>40	Muito severo

*IMC: Índice de Massa corporal

Fonte: *World Health Organization*, 1998

Os números referenciados nas tabelas acima permitiram considerar a abordagem clínica, como fundamental para a identificação do peso que favorece a saúde total do indivíduo, considerando sempre a sua história médica e nutricional, seus hábitos de vida e principalmente, à sua sustentabilidade ponderal ou o peso saudável (CUPPARI, 2104).

3 A EDUCAÇÃO ALIMENTAR E O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO TRATAMENTO E/OU PREVENÇÃO DO TCAP NA OBESIDADE

Conforme os estudos realizados, foi possível observar a importância da educação alimentar e o papel do nutricionista para obtenção de hábitos saudáveis no tratamento do TCAP. Tendo em vista o diagnóstico, as causas e consequências do TCAP, o próximo caminho a seguir é o tratamento: nessa busca levar-se-á em conta a importância da educação alimentar. Para Cuppari (2014):

A educação alimentar é o processo pelo qual os clientes ou pacientes, são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de alimentação e estilo de vida. O resultado desse processo deve ser a mudança de comportamento, e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição (CUPPARI, 2014, p. 153).

É notório que a educação alimentar perpassa exclusivamente pela orientação do nutricionista. É ele que orienta e prescreve a dieta adequada. Daí a relevância deste profissional neste contexto. Porém, a eficácia ou não do tratamento implica uma mudança de comportamento como: estabelecimento de uma meta, conscientização da realidade, obediência e interesse interno próprio para a mudança. Nesse mesmo sentido foi possível observar a existência de alguns aconselhamentos sobre os princípios da educação alimentar: dois conceitos são importantes nos modelos contemporâneos de comportamento da saúde: O primeiro corresponderia à consciência da natureza do problema, pois, o que o indivíduo sabe e pensa tende a afetar sua ação frente ao tratamento, já o segundo, leva em conta que ter o conhecimento é necessário, mas não seria suficiente. Para que ocorra a mudança no comportamento, no entanto, seria necessário levar em conta que as percepções, a motivação, as habilidades e os fatores do ambiente social também têm papel importante. Nesse contexto, a autora sinalizou para uma reflexão sobre a relevância de tratar cada paciente respeitando sua individualidade. Dessa forma, o educador alimentar é apenas um facilitador das mudanças de comportamento. Ele

fornece apoio emocional, auxilia na identificação de problemas nutricionais e de estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o controle do cliente. Então, pelo menos um lado da educação alimentar está designado a dar poder. Apoderar o indivíduo obeso, pode ser entendido como possibilitar o aumento da capacidade do portador de TCAP na obesidade definir, analisar e agir sobre seus próprios problemas. Aos olhos dessa literatura, o nutricionista, além de preparar dietas, passou a ser um educador alimentar, fornecendo também base de apoio para a mudança e novas posturas comportamentais e alimentares para que o indivíduo com TCAP na obesidade possa entre outras coisas desenvolver a capacidade de conhecer, analisar e decidir o que é melhor para si. O que ela classificou como, poder. Foi possível observar que além do nutricionista outros profissionais serão requisitados, pois, o fator psicológico está totalmente intrínseco aos hábitos alimentares que a lógica. O psicólogo, por sua vez complementar a equipe e será decisivo para o tratamento, auxiliando no sentido de ajudar o portador de obesidade a aprender a entender os seus desafios. Nessa direção a autora conclamou o nutricionista para repensar a sua prática. Identifica-se ainda, uma nova maneira de denominá-lo o nutricionista conforme a sua atuação. Os quais foram classificados em dois tipos: educadores alimentares tradicionais e educadores modernos. Os educadores alimentares modernos trazem conteúdos e métodos diferentes dos tradicionais: Os tradicionais orientam os clientes sobre como fazer as melhores escolhas possíveis conforme opções disponíveis, Por outro lado a chamada educação alimentar moderna ou objetivada a dar poder defendida pela autora se preocupa com as possibilidades políticas e sociais. Em outras palavras o que elas são e o que poderão ser. Ela afirmou ainda, que o indivíduo deve quebrar o seu próprio paradigma buscando novas possibilidades. Esse tipo de atuação do novo profissional é que vai fornecer a base para que a pessoa com TCAP na obesidade possa encontrar os caminhos para expandir e melhorar a abrangência das suas possibilidades, e, conseqüentemente obter resultados satisfatórios no decorrer do tratamento. Logo o educador moderno deverá criar oportunidades para discussões e propor questões que ajudem as pessoas a descobrirem seus próprios problemas. Estas reflexões deixam claro, que entregar listas de alimentos prontos e dietas meticulosamente calculadas não garante necessariamente a aderência ou motivação dos clientes a mudarem seus comportamentos, pois, as pessoas estão

ligadas aos seus hábitos alimentares e que a mudança ou não destes depende de três fatores: a natureza humana, o querer e a saúde mental. Em suma “o papel do educador é facilitar o processo pelo qual o cliente identifica mais claramente onde ele está, onde quer estar e o que precisa aprender para chegar lá”. Dessa forma, o modelo de educação alimentar baseado na resolução do problema possui três passos. O primeiro é o estabelecimento de uma relação estreita com o cliente, o segundo, fazer a avaliação do problema e da necessidade, já o terceiro trata do planejamento de estratégias: objetivo de aprendizado e de conteúdo: ferramentas de educação, atividade de aprendizado, implementação e avaliação dos resultados. Embora tenha a base firmada na resolução dos problemas, a autora citada afirmou que nenhuma intervenção educacional possui todas as respostas para todos os clientes e que para aumentar a chance de sucesso, deve ser aplicada uma abordagem centrada na individualidade do cliente e na resolução de problema. A educação alimentar deve resultar em um longo prazo (CUPPARI, 2014, p. 154).

3.1 ASPECTOS NUTRICIONAIS

Dâmaso (2012), observou que, nas últimas décadas houve uma transição nutricional e epidemiológica no sedentarismo da vida moderna. Tal situação foi verificada pela redução gradual na prevalência de doenças relacionadas à deficiência nutricional, como a deficiência de estrutura, e pelo aumento progressivo de sobrepeso. Ela ressaltou ainda que:

A avaliação do estado nutricional, o planejamento e as orientações nutricionais específicas para cada indivíduo, considerando suas características individuais constitui-se nos pilares da prevenção e do tratamento das doenças crônicas (DAMASO p. 39, 2012).

A relação entre nutrição e desenvolvimento de doenças é conhecida há centenas de anos e já está bem estabelecida atualmente. Ela exerce forte influência no estado nutricional do indivíduo.

Terapia nutricional diz respeito ao processo que envolve monitoramento do estado nutricional do paciente e o tratamento em si, no qual o nutricionista e a equipe multiprofissional trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados à alimentação e ao peso do paciente. No entanto é inegável que o ponto de vista de cada parte envolvida no processo do tratamento do TCAP na obesidade é divergente. Do ponto de vista nutricional, a conduta alimentar do obeso é tanto prejudicial, quanto inadequada, embora, emocionalmente, essa conduta inadequada tem uma função: proteger o obeso de sofrimentos psíquicos que ela imagina serem insuportáveis. A função da camada de gordura não protege apenas do frio ou da desnutrição: Ela também protege dos medos e das inseguranças internas. Portanto, o nutricionista tem o papel de ajudar o paciente a alcançar um peso saudável e mantê-lo com o passar do tempo. A reabilitação deve ser de maneira a fazer o paciente consumir uma dieta variada e apropriada. “O nutricionista pode auxiliar o paciente a diminuir as frustrações no horário das refeições ao aliviar a família da responsabilidade de monitorar o consumo alimentar ou mudar os hábitos alimentares do paciente”. Já o conceito de alimentação refere-se a um processo pelo qual os seres vivos adquirem do mundo exterior os alimentos que compõem a sua dieta. Os nutrientes são as substâncias que estão inseridas nos alimentos e possuem funções variadas no corpo humano. E a dieta pode ser entendida como um conjunto de alimentos que o indivíduo consome diariamente com as substâncias denominadas nutrientes (PHILIPPI e ALVARENGA 2004, p. 114).

Ainda no que concerne à alimentação Nunes (2004), reconheceu que:

As estratégias para controle de estímulos podem ser atualizadas para facilitar a adesão a um padrão de alimentação saudável. Eles consistem na diminuição de exposição do paciente às condições que facilitam a alimentação excessiva como, por exemplo, não manter em casa grande quantidade dos alimentos que devem ser ingeridos em baixa frequência na fase inicial do tratamento (NUNES, 2004, p.72).

Tais estratégias são inerentes ao nutricionista, pois, é o profissional mais indicado para realizar essa atividade, por estar apto a discutir as reações dos pacientes, providenciando explicações para as mudanças de peso encontradas. (PHILIPPI e ALVARENGA (2004),

3.2 LEGISLAÇÃO, ALIMENTAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentaram em 2009, números que representam a mudança de peso do brasileiro. O que pode ser observado através das figuras 2 e 3 que mostram a evolução da frequência de excesso de peso e obesidade no Brasil entre crianças e adolescentes, correspondente ao período de 1975 a 2009. Estas informações revelaram os anos de maior crescimento dessas disfunções em crianças adolescentes e jovens:

Figura 2 Evolução da Frequência de Excesso de Peso no Brasil Entre Crianças e Adolescentes

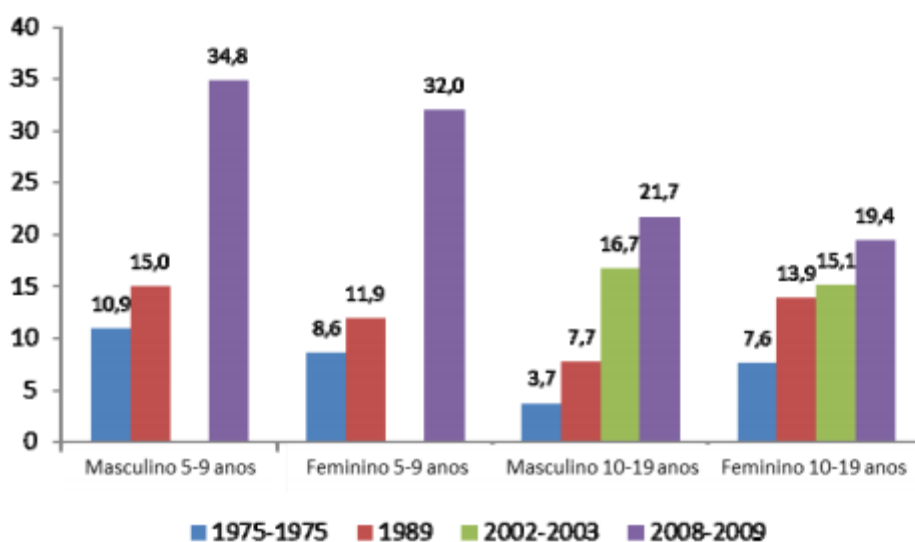


Gráfico 1. Evolução da frequência de **excesso de peso** no Brasil entre crianças e adolescentes.
 Fonte: POF 2008-2009 – IBGE – Períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.

Disponível em: <https://jpontodepartida.wordpress.com>

Figura 3 Evolução da Frequência de Obesidade no Brasil Entre Crianças e Adolescentes.

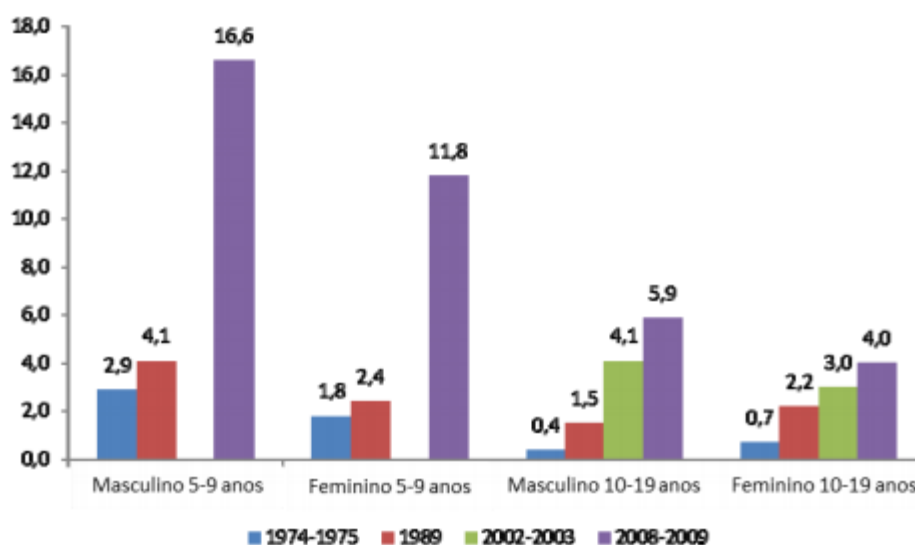


Gráfico 2. Evolução da frequência de **obesidade** no Brasil entre crianças e adolescentes.
 Fonte: POF 2008-2009 – IBGE – Períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.

Disponível em: <https://jpontodepartida.wordpress.com>

Os dados apresentados pelo IBGE revelaram que o período de maior aumento correspondeu a 2008 e 2009, sendo que as crianças do sexo masculino foram as que mais desenvolveram a disfunção: mais 16,6% dos 34,8% dos meninos com excesso de peso já se encontravam obesos. Nas demais faixas etárias apresentadas nas figuras acima, esses números diminuíram, mas, vale ressaltar que os estudos de Vilarta (2007), já suscitavam discussões antecipadas a respeito da influência que a obesidade infantil teria na vida adulta, a qual fora citada nas figuras 2 e 3.

Dada a mudança de hábitos da população brasileira atualmente e consequentemente o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Cuppari (2014), fez um breve histórico a respeito da legislação que regulamenta a questão da alimentação e saúde no Brasil. Ela ressaltou que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada em 1999 trouxe como uma das suas diretrizes, a promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudável. Complementando a esta, em 2004, a Organização Mundial de Saúde – OMS publicou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde. Estes documentos foram de fundamental importância na regulamentação do modo de vida saudável, e são elementos fundamentais nas ações de saúde pública atual. No Brasil em 2006 foi aprovada, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que, institucionalizou a promoção de hábitos saudáveis e a práticas de atividade física e/ou prática corporais como ações prioritárias para se promover a saúde e reduzir os riscos para DCNT, através de ações sustentáveis e integradas. Recentemente em 2011 foi lançado o programa Academia de Saúde, visando à implementação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais para a orientação de práticas de atividade física e modo de vida saudáveis. Vale ressaltar que estes documentos estão centralizados na promoção da saúde por meio da

alimentação e da prática de atividade física.

No que se refere à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), para o Ministério da Saúde (2013), a alimentação adequada e saudável é a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ela deverá estar de acordo com a necessidade de cada fase da vida e com as necessidades alimentares especiais, referenciadas pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça, e etnia, quantidade, qualidade e deve basear-se em práticas produtivas, adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos. Ela foi considerada uma das vertentes da promoção à saúde e, pode ser compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como, ao uso sustentável do meio ambiente. A satisfação humana e a sociedade estão intimamente ligadas também a todos os demais órgãos sensoriais, pois, os alimentos são palpáveis, possuem cheiro, cor, textura e sabor. Portanto o alimento como fonte de prazer e de identidade cultural e familiar também é uma abordagem importante para promover a saúde. Logo a alimentação saudável deve ser variada, equilibrada, suficiente, acessível, colorida e segura.

Em síntese Cuppari (2014, p. 200), concluiu que: “Da mesma maneira que as ações de saúde pública devem ser desenvolvidas, individualmente, a dietoterapia ou o aconselhamento nutricional são abordagens fundamentais para garantir uma nova condição de saúde. As mudanças dietéticas para controle de qualidade das refeições devem ser a base do tratamento da obesidade, mesmo quando esse tratamento incluir medicação e/ou cirurgia bariátrica. Porém no caso da dietoterapia, a conduta deve ser individualizada, respeitando-se a história clínica do doente, seu contexto social e cultural e o estágio de mudança de comportamento do indivíduo em que o paciente se encontra. Neste processo, ela apresentou os princípios e parâmetros de manejo nutricional individualizado frente a uma situação de excesso de peso ou obesidade que incluem: avaliação do estado nutricional, implementação da dietoterapia, aconselhamento nutricional, envolvendo conceitos básicos de saúde e alimentação e por último, avaliação da eficiência da intervenção como elementos de extrema importância no tratamento do TCAP na obesidade.

4 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO TCAP NA OBESIDADE

A respeito do tratamento nutricional nos portadores de TCAP na obesidade, Cuppari (2014), recomendou que a abordagem fosse multiprofissional, uma vez que, além dos fatores clínicos e nutricionais, outros aspectos, como comportamento, estudo emocional, prática de exercícios, entre outros, também deve ser considerado. Neste capítulo serão abordados os aspectos, psicológicos e a prática de atividade física no tratamento do TCAP.

Portanto cabe aos profissionais de saúde ter atenção em relação à idade de início da obesidade e dos fatores que possam contribuir para isso, reduzindo, assim, os danos a curto e longo prazos. Além disso, o resultado do tratamento será positivo quando houver adesão do paciente como. O que demanda esforço da equipe multiprofissional para a manutenção da motivação tanto do paciente como da família (FISBERG *et al*, 2015).

4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Conforme artigo de Souza *et al*, (2012), o Comportamento Alimentar e os Distúrbios Psicológicos, publicado no Portal Psicologia. pt. Portal dos psicólogos, “quando nosso sistema está em desequilíbrio, há possibilidade de desencadear alguns transtornos alimentares como Anorexia, Bulimia e Obesidade.” Nesse aspecto, observou-se que o TCAP na obesidade pode ser caracterizado como doença causada por problemas psicológicos e emocionais que levam as pessoas a terem uma obsessão por um determinado comportamento. Na obesidade a pessoa come compulsivamente vendo neste ato um mecanismo de prazer. Por outro lado, Indivíduos com TCAP na obesidade sempre tentam esconder os ataques alimentares e, quando em público, esforçam-se para manter o controle alimentar por sentir-se com vergonha do seu próprio ato.

O conjunto de crenças provocam no obeso tendências disfuncionais de raciocínio levando-o a desenvolver pensamentos dicotômicos do tipo “se não estou completamente com o controle, significa que perdi todo o controle, que está tudo perdido; então posso me fartar”. Considerando-se o sistema de crenças, identificamos os aspectos envolvidos no controle da alimentação (VASQUES, 2004, p. 05).

Cordás e Ascencio (2006), afirmaram que historicamente a participação do psiquiatra e do psicólogo foi inserida na equipe multiprofissional muito tardiamente, estes, encerravam-se em suas teorias interpretativas e viam a obesidade como resultante de um conflito inconsciente ligado ao poder, à sexualidade ou ao inadequado desenvolvimento da personalidade. Esse fato deixou por muito tempo a pessoa com obesidade sem o principal apoio para vencer seus conflitos internamente e com uma probabilidade maior de desenvolver fatores de risco conforme já fora abordado no primeiro capítulo.

Para Claudino e Zanella (2005, p. 65), pessoa com TCAP tem maior probabilidade de responder com alimentação a sentimentos e situações que causam tensões emocionais do que obesos sem Transtornos Alimentares – TA. “Pessoas com TCAP consideram algumas condições antecedentes que favorecem a compulsão: sentir solidão, tédio, raiva, ansiedade e estresse (geralmente sentimentos de tom negativo”. E, por apresentarem auto estima rebaixada, autoimagem negativa, autocrítica excessiva e propensão a comportamentos impulsivos. Mesmo vivenciando situações consideradas menos importantes, os obesos portadores de TA geralmente são orientados a complementar o tratamento com o apoio de um psicólogo.

Atualmente, Lima e Oliveira (2016), realizaram uma pesquisa sobre fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental e identificou que os participantes apresentaram sintomas de ansiedades estresse e um perfil cognitivo disfuncional relacionado ao padrão alimentar e à autoestima, além de comportamentos não saudáveis a exemplo da alimentação compulsiva e baixa adesão a atividades físicas. Nessa perspectiva sugeriu aos participantes uma abordagem de tratamento multiprofissional, pois, além de favorecer a aquisição de hábitos saudáveis, promove a regulação afetiva, a reestruturação cognitiva e a melhora do enfrentamento de situações psicossociais.

Em suma, foram as idéias de Cordás e Ascencio (2006), que, complementaram esse aspecto:

No entanto, a adequada caracterização desse quadro em obesos ofereceu uma possibilidade ao clínico não apenas ao psiquiatra, mas muito a esse também, de conhecer melhor a obesidade, uma vez que a presença de Transtorno de Comer Compulsivo – TCC, nessa população delimita aspectos epidemiológicos clínicos e de comorbidade psiquiátrica relevantes (CORDÁS E ASCENCIO, 2006, p. 02).

Contudo, uns dos poucos tratamentos eficazes encontrados na literatura são os que combinam terapia cognitivo-comportamental acompanhamento psiquiátrico e terapia nutricional. Esse tipo de tratamento revelou-se como padrão-ouro na atualidade, pois, eles reduziram a frequência dos episódios de compulsão alimentar e melhoraram os aspectos psicológicos do TCAP, reduziram também a preocupação com a forma e o peso corporal e aumentaram a satisfação com a imagem corporal.

(PISCICOLARO, 2015).

4.2 ASPECTOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA PERDA E MANUTENÇÃO PONDERAL⁵

Um dos estudos realizados por Angelucci *et al* (2015), sobre os gastos energéticos pela atividade física apresentado no capítulo 7 do Tratado de Obesidade, revelou que a tecnologia é uma das maiores influenciadoras no desenvolvimento da obesidade no mundo moderno pois:

Tanto nas atividades de trabalho quanto nas de lazer, os avanços tecnológicos diminuiriam muito a necessidade de o ser humano se comunicar, se divertir e mesmo se alimentar. Menos de 30% dos americanos relatam fazer alguma atividade física em suas horas de lazer (ANGELUCCI *et al*, 2015, p.160).

Além dos aspectos morfológicos, outros fatores foram considerados como: o sexo e a idade. Estes são determinantes do metabolismo de repouso, pois as mulheres apresentam gasto energético de 5% a 10% menor que o homem devido a diferença no metabolismo dos dois sexos (VILARTA, 2007).

Dentre as intervenções que envolvem a equipe multiprofissional para o tratamento de TCAP na obesidade, já é consenso na literatura aqui em análise que outra fundamental estratégia envolve a prática de atividade física. “A importância dessa atividade foi enfatizada desde o início da terapia por ajudar no emagrecimento, melhorar a saúde e auxiliar no controle dos episódios de compulsão alimentar” (DÂMASO, 2012, p. 133).

Para Cuppari (2014, p.174), “existe fortes evidências de que o exercício físico pode melhorar a patogênese da obesidade, assim como seus sintomas e a aptidão cardiovascular, resultando em qualidade de vida”. Nesta perspectiva, a prescrição do exercício deve ter pelo menos dois grandes focos de atenção: como estratégia de emagrecimento e como estratégia de manutenção de massa muscular, todavia considerando os fatores de risco de maneira a aperfeiçoar o tratamento. O exercício resistido quando realizado de forma combinada ao aeróbico poderá promover efeitos mais benéficos na manutenção e/ou no aumento da massa muscular. Esse tipo de exercício foi apresentado como fator importante para a manutenção do peso corporal perdido. Nesse contexto, a autora ressaltou também alguns cuidados para a prática

⁵ Ponderal – do latim pondere, igual a peso+al, relativo a peso.

de exercícios físicos, orientando que eles devem ser realizados de maneira que não venham prejudicar o paciente, pois, esses indivíduos poderão ter baixa tolerância ao exercício além de diversas alterações articulares decorrentes do excesso de peso. Portanto em muitos casos é necessário iniciar o exercício com volume e intensidade muito abaixo do recomendado (CUPPARI, 2014).

São extensos os estudos na literatura mostrando a importância e os benefícios de aumento da atividade física e da diminuição do sedentarismo juntamente com uma dieta equilibrada para a redução e preservação do excesso de peso (FISBERG *et al* 2015 p. 133).

Nos Estados Unidos, a Academia Americana de Pediatria (1995), recomendou a limitação de 1 a 2 horas de uso de televisão por dia, para que as crianças sejam estimuladas a desenvolver outras atividades envolvem maior movimentação do corpo como: pular amarelinha, passear com o cachorro, pular corda, cuidar do jardim, dançar, andar de bicicleta entre outros que sejam mais facilmente incorporados ao dia a dia de cada criança conforme a cultura de cada família (FISBERG *et al*, 2015).

Somando-se a essas práticas, Francischi *et al* (2007), enfatizou que o treinamento físico deve estar associado ao controle alimentar, afim de garantir maior sucesso na manutenção da massa magra e na redução na massa adiposa. Contudo, os exercícios físicos são elementos importantes na preservação, manutenção e perda de peso.

Porém os exercícios físicos são merecedores de alguns cuidados, principalmente quando aplicados a pessoas obesas. A intensidade, a duração, e a frequência são variáveis que devem ser cuidadosamente analisados, para que o programa de exercícios seja efetivo e salutar, pois, ficou evidente que não existem fórmulas milagrosas para o emagrecimento ou para o ganho de peso. Embora reconhecido a forte influência do fator genético na constituição do corpo, o peso corporal recomendável acaba resultando da combinação de uma dieta saudável, e de um estilo de vida fisicamente ativo (VILARTA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa, pode-se afirmar que a literatura científica aqui analisada abordou uma opinião praticamente consensual e complementar sobre a temática em estudo como, a origem, características, principais causas e consequências do TCAP em pessoas portadoras de obesidade. Apresentou também estratégias de tratamento mais viáveis para obtenção e manutenção da perda de peso ponderal e para uma vida saudável.

Entre as principais estratégias do tratamento do TCAP que envolve uma a equipe multiprofissional, mereceu destaque o acompanhamento nutricional realizado pelo educador nutricional moderno pelo psicólogo e/ou psiquiatra, a prática de atividades física regularmente e moderada. Tais estratégias foram consideradas pela literatura aqui revisada como as maneiras mais adequadas para a obtenção e manutenção do peso ideal pela diminuição da ansiedade e reforço do sistema imunológico do portador de TCAP na obesidade. Também ficou evidenciado que o nutricionista deverá atuar de forma que reconheça a individualidade de cada indivíduo a fim de levar o paciente a conhecer os fatores de causa e de risco da doença e, a despertar a capacidade de reconhecer como um ser mutável, e dispor de mudanças psicológicas e comportamentais para a obtenção de resultados satisfatórios ao término do tratamento. Os estudos revelaram que apesar de a obesidade não ser considerada um TA, propriamente dito nas classificações atuais de doenças, existem, determinadas alterações de comportamento alimentar, que foram associadas à mudança de peso corporal. O qual permitiu a conclusão que o TCAP é um exemplo de anormalidade que merece cuidados específicos e mais aprofundamento nos estudos da mesma. Mesmo assim a realização do diagnóstico e o acompanhamento individual do paciente são componentes fundamentais na avaliação e no tratamento abrangente da obesidade neste caso.

Observou-se também que a doença não diz respeito somente à pessoa obesa, mas também à família e a profissionais de diversas áreas que intervenha de forma coletiva. E, que o tratamento implica o conhecimento do problema as consequências que ele acarreta e muita mudança disciplinar e comportamental da pessoa obesa portadora de tal episódio.

A respeito dos livros, artigos e demais periódicos levantados, notou-se que de forma geral trouxeram pontos em comum a respeito do estudo, dentre eles: a etiologia da doença, a gravidade que os fatores de risco podem ocasionar a necessidade de atuação de uma equipe multidisciplinar na intervenção e a consciência da força de vontade do paciente com TCAP.

Tendo em vista todas as variáveis apresentadas ao longo do estudo foi possível identificar que a nutrição sozinha não será capaz de resolver a problemática que envolve um indivíduo portador do transtorno em estudo, mas ela contribuirá de forma indispensável no tratamento da obesidade quando associada às demais intervenções de controle. Logo, caberá ao nutricionista a orientação do paciente a mudança de hábitos de alimentação tradicionais e à adoção de novos hábitos e

práticas de comportamento saudáveis.

O presente estudo é de fundamental importância, pois o aprofundamento do saber permitirá a complementação e aprofundamento da abordagem sobre os episódios de compulsão alimentar na obesidade e trará para a comunidade acadêmica a disponibilidade como fonte de pesquisa de um tema ainda pouco explorado em relação ao aumento de casos de TCAP especialmente no Brasil.

Diante dessa realidade é evidente afirmar que as informações obtidas trouxeram avanço do conhecimento na área de terapia nutricional e ofereceram informações científicas de forma didática com o objetivo de facilitar um aprofundamento nos conceitos e nas condutas nutricionais que norteiam a prática do nutricionista no tratamento do TCAP na obesidade. É, portanto, nesse contexto que as pessoas portadoras de TCAP na obesidade podem fazer de mais saudável, é adotar comportamento e educação objetivados a possibilitar o poder de transformação. E, para tanto, aos olhos da literatura, a mudança desejada de um comportamento, deve ser específica às necessidades e a situação de cada indivíduo. Uma pessoa consciente aceita que a causa para necessidade do tratamento é real, e que existe benefícios para a saúde quando se segue as recomendações, ou, por sua vez riscos para a saúde quando elas não forem seguidas. É mais provável que o indivíduo siga as recomendações se sentir que, elas são de seu próprio interesse. Antes de tudo, o indivíduo deve reconhecer que existe um problema e, precisa genuinamente querer mudá-la. Sem esse desejo interno, todo trabalho de educação será em vão.

Apesar de os autores analisados não apresentarem uma causa específica que contribuísse para o aparecimento da obesidade em determinado indivíduo, ficou claro que a obesidade não é o único problema a ser enfrentado, mas, sim um grupo heterogêneo de distúrbios, todos manifestados pelo excesso de peso gordura corporal com expressivas implicações metabólicas e sistêmicas.

Nesse sentido, além dos conceitos, as estratégias sugeridas e/ou defendidas e os aspectos observados nas obras aqui revisadas, foram fundamentais para afirmar que a alimentação saudável e o comportamento alimentar poderão auxiliar no tratamento do TCAP através do acompanhamento de um nutricionista moderno e os demais profissionais que compõem uma equipe multiprofissional afim de que o indivíduo portador desse transtorno possa adotar um comportamento alimentar adequado e a adquirir práticas de atividade física regularmente e moderada e, contudo, obter o tratamento almejado.

REFERÊNCIAS

ANGELUCCI *et al.* **Fisiopatologia da obesidade e da Ciclicidade do Peso.** *In:* MANCINI (coord). Tratado da Obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: <WWW.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Tratado-de-Obesidade-2ªedição.pdf> Acesso em 02 de setembro de 2018.

APPOLINÁRIO e FREITAS. **Transtornos Alimentares e Obesidade.** *In:* MANCINI (coord). Tratado da Obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: <WWW.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Tratado-de-Obesidade-2ªedição.pdf> Acesso em 02 de setembro de 2018.

BRASIL, (2012) Ministério Da Saúde. **Obesidade atinge mais da metade da população brasileira, aponta estudo.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo>> Acesso em 27 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed. 1ª reimpressão. Brasília- DF, 2013. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/public> Acesso em 30 de agosto de 2018.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, MT. (coord). **Transtornos Alimentares Obesidade.** Barueri, SP: Manole, 2005. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Unifesp/ Escola paulista de Medicina).

CORDÁS, T. A.; ASCENCIO, R. F. R. **Tratamento Comportamental da obesidade.** *rev. eistein.* São Paulo, 2016. Disponível em: <apps.eistein.br/revista/arquivo/PDF/111-44-48-pdf> Acesso em 20 de agosto de 2018.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição Clínica no Adulto.** 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2004. (Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM – Unifesp).

DÂMASO, Ana. (coord). **Nutrição e Exercícios a Prevenção de Doenças.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FISBERG *et al.* **Prevenção da Obesidade / Factível ou utopia?** *In:* MANCINI (coord). Tratado da Obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: <WWW.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Tratado-de-Obesidade-2ªedição.pdf> Acesso em 02 de setembro de 2018.

FRANCISCHI, R. P. *et al.* **Exercício, Comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos.** *Revistas da USP.* SP, 2007. Disponível em: <WWW.revistas.usp.br> Acesso em 29 de agosto de 2018.

GOOGLE<<https://jpontodepartida.wordpress.com>> Acesso em 29/08/2018.

HALPERN, Alfredo. **Obesidade**. 5, ed. São Paulo: Contexto, 2001. (Coleção Conhecer e enfrentar).

LIMA, A. C. K.; OLIVEIRA, A. B. **Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitiva- comportamental**. *Universidade Metodista*. Uberlândia- MG, 2016. Disponível em:<<https://www.metodista.br>> Acesso em 20 de agosto de 2018.

LINHARES, F. M. M. *et al*. **Obesidade infantil: influência dos pais sobre alimentação e o estilo de vida dos filhos**. *Temas em Saúde, vol.16*, número 2 ISSN 2447–2131. João Pessoa. 2016. Disponível em: <temasemsaude.com/uploads/2006/08> Acesso em 29 de agosto de 2018.

MAHAN, L. K.; STAMP, S. E.; RAIMOND, J. L. (org). **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Tradução de Cláudia Coana. *et al.13*, ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NUNES, M. A. *et al*. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Arned, 2006.

PEREIRA, C. M. *et al*. **Fatores que influenciam os comportamentos alimentares: Questionário das escolhas alimentares dos adolescentes**. Lisboa. 2015. Disponível em:<WWW.scielo.mec.pt>Scielo> Acesso em 29 de agosto de 2018.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004.

PISCICOLARO, F. **Orientação Nutricional no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica**. *In: MANCINI (coord)*. Tratado da Obesidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em:<WWW.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Tratado-de-Obesidade-2ªedição.pdf>Acesso em 02 de setembro de 2018.

REDE Globo de Televisão, Bem estar. **Excesso de peso atinge 52,5% dos brasileiros, segundo pesquisa vigitel**, 2015. Disponível em< G1.globo.com>notícia>Acesso em 04 de outubro de 2018.

REVERSO, **Context.dicionário**. Disponível em: <context.reverso.net>inglês-portugues>Acesso em 29 de agosto de 2018.

SOUZA, A. S. *et al*. **O Comportamento Alimentar e os Distúrbios Psicológicos**. *Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos. In loco*, 2012. Disponível em:<www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0263.pdf> Acesso em 02 de agosto de 2018.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. **Obesidade uma perspectiva plural. Obesidade.** *Scielo Saúde*. Diamantina - Minas Gerais, 2010. Disponível em: <www.scielo.br> Acesso em 20 de agosto de 2018.

VILARTA, R. (org.) **Alimentação Saudável, atividade Física e Qualidade de vida.** IPES Editorial. Campinas: 2007. Disponível em:<WWW.bibliotecadigital.unicamp.br> Acesso em 29 de agosto de 2018.

VASQUES, F. *et al.* **Aspectos Psiquiátricos do tratamento da obesidade.** Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2004. Disponível em: <WWW.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22408.pdf> Acesso em 29 de agosto de 2018.