



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**IMPLICAÇÕES DA COMPULSÃO ALIMENTAR NO FUNCIONAMENTO
PROFISSIONAL, SOCIAL E FAMILIAR DE MULHERES**

Cleane Santos de Carvalho

Brasília

2023

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**IMPLICAÇÕES DA COMPULSÃO ALIMENTAR NO FUNCIONAMENTO
PROFISSIONAL, SOCIAL E FAMILIAR DE MULHERES**

Cleane Santos de Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de
Brasília como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Queiroz

Brasília

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CC331i Carvalho, Cleane Santos
Implicações da Compulsão Alimentar no Funcionamento
Profissional, Social e Familiar de Mulheres / Cleane Santos
Carvalho; orientador Elizabeth Queiroz. -- Brasília, 2023.
102 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) --
Universidade de Brasília, 2023.

1. transtorno de compulsão alimentar. 2. funcionamento
psicossocial. 3. mulheres. 4. prejuízos. 5. covid-19. I.
Queiroz, Elizabeth , orient. II. Título.

Cleane Santos de Carvalho

**IMPLICAÇÕES DA COMPULSÃO ALIMENTAR NO FUNCIONAMENTO
PROFISSIONAL, SOCIAL E FAMILIAR DE MULHERES**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz

Instituto de Psicologia /Universidade de Brasília

Presidente

Profa. Dra. Patrícia Costa Bezerra

Centro Universitário UDF

Membro Titular

Profa. Dra. Eliana Rigotto Lazzarini

Instituto de Psicologia /Universidade de Brasília

Membro Titular

Prof. Dra. Renata Alves Monteiro

Faculdade de Ciências da Saúde /Universidade de Brasília

Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Brasília, ao Instituto de Psicologia e especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) pela atenção e orientação durante todo o curso. Obrigada por toda gentileza prestada nos atendimentos.

À minha orientadora, a professora Elizabeth Queiroz, por me receber como sua orientanda no mestrado. Obrigada por confiar na minha proposta inicial do projeto de pesquisa e em minha capacidade, por segurar na minha mão e me direcionar. Obrigada por não ter desistido de mim. Obrigada pela compreensão e por compartilhar comigo sua experiência, me ensinando sobretudo a ser uma profissional melhor. Por fim, obrigada pela dedicação, amizade e principalmente pela paciência durante todo o percurso.

Também agradeço a todas as colegas do grupo de pesquisa, pela cooperação nas discussões, elucidação de dúvidas em geral e na preparação para a banca, especialmente para Andreia Neves Duarte que me ensinou a arte da organização de uma apresentação.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro prestado, essencial para que eu conseguisse finalizar este trabalho.

A todos os professores do PPG-PsiCC com quem eu tive a honra de aprender. Certamente vocês contribuíram positivamente para minha formação profissional.

Às professoras Eliana Rigotto Lazzarini, Patrícia Costa Bezerra e Renata Alves Monteiro pela participação na avaliação do trabalho.

Agradeço ao doutor Giuseppe Cesare Gatto pelo tempo cedido para discussão dos dados.

Ao meu esposo Luciano, pela compreensão e companheirismo, me dando o suporte necessário durante todo o processo.

À minha filha Lavínia, que é a razão da minha dedicação e empenho em todos os meus objetivos. Um dia, ao perceber que eu estava cansada e desanimada, desenhou nós duas e disse que estava segurando na minha mão.

À minha mãe Maria dos Remédios pelo carinho e apoio espiritual com orações, e por ter me educado e me ensinado a não desistir dos meus objetivos.

À equipe do Ambulatório de Transtornos Alimentares, Renata Rainha, Isabel Aiza, Heluane Peters e Renata Teles, pelo grande apoio na minha pesquisa e sobretudo pela ajuda na colaboração na seleção das participantes, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

Agradeço a todas as participantes da pesquisa, por me cederem a valiosa oportunidade de conhecerem suas histórias e colaborar com minha evolução profissional.

Por fim, agradeço a Deus por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do percurso.

*"No fundo, todos temos necessidade de dizer quem somos,
o que é que estamos a fazer e a necessidade de deixar algo feito,
porque esta vida não é eterna e deixar coisas feitas pode ser uma
forma de eternidade"*

José Saramago

RESUMO

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de consumo de grandes quantidades de alimentos associados a uma sensação de perda de controle sobre a alimentação. O objetivo desta pesquisa foi investigar as implicações do transtorno de compulsão alimentar no funcionamento profissional, social e familiar de mulheres com esse diagnóstico, acompanhadas por equipe multiprofissional em serviço especializado. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Participaram do estudo 10 mulheres entre 18 e 50 anos. Utilizou-se como instrumentos um roteiro de entrevista semiestruturado, a Escala de Incapacidade de Sheehan e um questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados e organizados em nove seções: Caracterização da amostra; História da alteração alimentar; Prejuízo no funcionamento profissional; Prejuízo no funcionamento social; Prejuízo no funcionamento familiar; Experiência na pandemia de covid-19; Estratégias utilizadas para lidar com o transtorno, Sensações associadas ao comer compulsivo e Comprometimento funcional. Os resultados mostraram que o sobrepeso e a obesidade são quadros presentes no histórico de alteração alimentar, além de outras comorbidades clínicas e psiquiátricas. O transtorno de compulsão alimentar interfere de forma negativa na vida das participantes, com prejuízos no funcionamento social, familiar e profissional, nesta ordem. O isolamento social resultou na piora dos sintomas na pandemia. As participantes utilizam estratégias mentais e comportamentais para lidarem com os sintomas. A caracterização do comer compulsivo foi dividida em três momentos - antes, durante e depois. Para as participantes, ansiedade, desespero, fome e raiva definem o antes. O durante esteve associado com prazer, conforto e satisfação. Já o depois remete a arrependimento, tristeza, culpa, frustração e vontade de morrer. Estudos futuros precisam avançar na identificação dos fatores profissionais, sociais e familiares que podem contribuir para uma intervenção mais efetiva junto a essas mulheres.

Palavras-chave: Transtorno de compulsão alimentar, funcionamento psicossocial, mulheres.

ABSTRACT

Binge eating disorder is characterized by recurring episodes of eating large amounts of food, coupled with the feeling of loss of control over eating. The objective of this research was to investigate the implications of binge eating on professional, social and family functioning of women with this diagnosis, followed by a multidisciplinary team in a specialized service. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. Ten women between 18 and 50 years old participated in the study. A semi-structured interview script, the Sheehan Disability Scale and a sociodemographic questionnaire were used as instruments. Data was analyzed and organized into nine sections: Sample characterization; History of dietary change; Impairment in professional functioning; Impaired social functioning; Impaired family functioning; Experience in the covid-19 pandemic; Strategies used to deal with the disorder, Sensations associated with compulsive eating and Functional impairment. The results showed that overweight and obesity are characteristics present in the history of dietary changes, in addition to medical and psychiatric comorbidities. Binge eating interferes negatively in the lives of the participants, with impairments in social, family and professional functioning, in that order. Social isolation resulted in worsening symptoms in the pandemic. The participants use mental and behavioral strategies to deal with the symptoms. In the characterization of compulsive eating there are three moments - before, during and after. Anxiety, despair, hunger and anger define the before. The during was associated with pleasure, comfort and satisfaction. The after refers to regret, sadness, guilt, frustration and the desire to die. Future studies need to advance in identifying factors for a more effective intervention with these women.

Key words: Binge-Eating Disorder, Psychosocial Functioning, Women

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE SIGLAS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xiv
APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO 1: Transtorno de Compulsão Alimentar	20
1.1. Visão geral dos transtornos alimentares	20
1.2. Transtorno de compulsão alimentar	23
1.3. Prevalência da compulsão alimentar em mulheres	26
CAPÍTULO 2: Implicações e intervenções associadas ao transtorno de compulsão alimentar	32
2.1. Compulsão alimentar e comprometimento funcional	32
2.2. Compulsão alimentar frente ao isolamento na pandemia de covid-19	35
2.3. Contribuições da Psicologia da Saúde para o tratamento dos transtornos alimentares	38
CAPÍTULO 3: Objetivos	41
CAPÍTULO 4: Método	42
4.1. Contexto da coleta de dados	42
4.2. Tipo de estudo	43
4.3. Participantes	43
4.3.1. Critérios de inclusão	43
4.3.2. Critérios de exclusão	43
4.4. Instrumentos	43
4.4.1. Entrevista semiestruturada	44
4.4.2. Escala de Incapacidade de Sheehan	44
4.4.3. Questionário sociodemográfico	45
4.5. Considerações éticas	45
4.6. Procedimento de coleta de dados	46
4.7. Procedimento de análise de dados	46
CAPÍTULO 5: Resultados e discussão	48
CAPÍTULO 6: Considerações finais	83
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico, comorbidades, diagnóstico e tempo de diagnóstico	50
Tabela 2: Escore por domínios e escore total na Escala de Incapacidade de Sheehan	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Transtorno de compulsão alimentar: linha do tempo	23
Figura 2: Sensações associadas ao comer compulsivo.....	77
Figura 3: Escore por domínios e escore total por participantes	79
Figura 4: Escore trabalho	80
Figura 5: Escore vida social.....	80
Figura 6: Escore vida familiar.....	81

LISTA DE SIGLAS

SDS- Sheehan Disability Scale

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS- Organização Mundial da Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Roteiro Semiestruturado para Entrevista.....	98
Anexo B: Escala de Incapacidade de Sheehan	99
Anexo C: Questionário Sociodemográfico	100
Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101

APRESENTAÇÃO

A realização de um curso de mestrado passou a ser uma meta pessoal a partir do contato na graduação com professores que tinham essa formação e meu interesse em atuar como docente. Considero o ato de lecionar como a ampliação de novos caminhos e possibilidades, como bem dizia Paulo Freire (1996) “Aquele que ensina também aprende”, pois, a troca de experiência dentro desse processo é essencial para o crescimento e desenvolvimento de todos os envolvidos. Importante registrar que Paulo Freire é meu maior exemplo como educador.

Minha primeira experiência de pesquisa foi na graduação, onde em um grupo com cinco colegas, realizamos o estudo intitulado “Abuso sexual infantil: de que forma o abuso sexual infantil feminino influencia no processo de aprendizagem acadêmica em universitárias?”. Foi uma experiência marcante. Embora tenha sido realizado com poucas respondentes, percebi o quanto entrar em contato direto com as pessoas e suas demandas pode proporcionar informações relevantes para compreensão de situações complexas, como o abuso sexual. Naquele momento compreendi a importância de realizar pesquisa científica e sua valorosa contribuição para ampliação do conhecimento e desenvolvimento de habilidades profissionais.

O interesse pelo tema relacionado à alimentação surgiu antes da graduação em psicologia, no curso técnico que fiz em nutrição e dietética. Ao estudar a matéria de nutrição materno infantil compreendi que a alimentação infantil é um processo que se inicia antes da gravidez. O período gestacional exige uma alimentação adequada para suprir as demandas nutricionais da mãe e principalmente do bebê. Nesse sentido, além de contribuir para o desenvolvimento do feto, interfere também no período de lactação e contribui para fases posteriores do bebê, principalmente na infância.

No curso de psicologia percebi que a alimentação infantil vai além de aspectos nutricionais. Envolve habilidade, cuidado, sobretudo interação entre bebê/cuidador para interpretar e responder às necessidades da criança. A partir dos conhecimentos teóricos, a

motivação pelo estudo se tornou ainda maior após engravidar e me tornar mãe, ao ouvir queixas de mães com dificuldade para amamentar ou dificuldade na introdução de novos alimentos. Surgiu aí o interesse de investigar sobre as dificuldades de alimentação na primeira infância, como surgem e se estão relacionadas com as práticas de alimentação familiar.

Com o pré-projeto intitulado “Dificuldades alimentares na primeira infância: qual a relação com as práticas alimentares parentais?” fui aprovada na seleção do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura em agosto de 2020, tendo como objetivo do pré-projeto identificar as diferentes práticas alimentares utilizadas pelos pais bem como investigar se as dificuldades de alimentação na primeira infância tinham relação com as práticas alimentares parentais.

O planejamento era de realizar coleta de dados em escola de educação infantil, com pais de crianças na primeira infância. Em função da pandemia, o início das aulas na Universidade de Brasília se deu apenas em fevereiro de 2021, de modo remoto, sendo que desde março de 2020 a população, comércios e escolas estavam em *lockdown*. Nas reuniões de supervisão, a análise de efetivação do pré-projeto se mostrou inviável e outras alternativas foram discutidas de forma a garantir o cumprimento das exigências do curso, dentro do prazo previsto para o Mestrado.

Dois eixos caracterizavam o pré-projeto: 1) o estudo de dificuldades associadas à alimentação e, 2) a ênfase na infância. A avaliação de que a abordagem às crianças necessariamente implicaria na observação *in loco* dos momentos de alimentação, conforme recomendações da literatura, repercutiu na consideração de que tal método não seria viável em função do isolamento social em curso.

De forma a garantir o interesse inicial voltado para as dificuldades associadas à alimentação, a alternativa planejada foi realizar o estudo com outra faixa etária. O desafio seria encontrar pessoas disponíveis a compartilhar suas experiências com uma pessoa desconhecida,

sem uma vinculação institucional. Os planos começaram a mudar ao identificar na *internet* a existência de um ambulatório de transtornos alimentares desenvolvido em um hospital público terciário de Brasília.

Ao entrar em contato com a equipe responsável pelo Ambulatório e informar o interesse na área de pesquisa, fui gentilmente acolhida, tendo havido a permissão para que acompanhasse as atividades da equipe, participasse como voluntária em alguns atendimentos e realizasse a coleta de dados.

Na interação com pacientes adultas diagnosticadas com transtornos alimentares, me chamou atenção, naquelas com o diagnóstico de compulsão alimentar, a forma como relatavam as variações de suas emoções de uma semana para outra e o quanto isso influenciava no comportamento de comer compulsivamente. Por exemplo, na semana sem intercorrências que lhes afetassem emocionalmente, não era relatado comportamento de comer compulsivo. Por outro lado, em situações adversas relatavam episódios de compulsão alimentar. Além disso, na semana em que lidavam com algo estressante havia uma ingestão maior de calorias, resultando em ganho de peso. Na presença de ganho de peso, sentiam-se frustradas e comiam mais, sendo incapazes de sair desse ciclo. A obesidade é uma das comorbidades mais frequentes na compulsão alimentar e um grande desafio para pacientes e profissionais de saúde, com grande influência do peso na adesão ao tratamento.

O momento atípico da pandemia também foi um aspecto que me chamou atenção. Muito frequentemente as pacientes relatavam nas consultas ambulatoriais o quanto o isolamento social decorrente das medidas de enfrentamento da covid-19 piorou os sintomas do transtorno alimentar. Em uma breve busca na literatura identifiquei que já havia estudos evidenciando a incidência de alterações alimentares na pandemia, com agravamento de alguns casos.

Com a necessidade de rever o projeto submetido para seleção, o conhecimento adquirido na área de Psicologia da Saúde, a possibilidade de integrar uma equipe e a percepção de demandas relevantes para o atendimento de mulheres com transtorno alimentar, foi elaborado novo projeto e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília- UnB e do hospital envolvido. Com a aprovação das duas instituições, pôde ser realizado o estudo que será apresentado nesta dissertação.

A partir das observações realizadas, contato com a literatura sobre a temática dos transtornos alimentares, pouca familiaridade da pesquisadora com a realização de pesquisa e restrições associadas ao momento da pandemia, algumas questões norteadoras foram levantadas:

- Existe um perfil sociodemográfico de mulheres com transtorno de compulsão alimentar que buscam tratamento especializado?

- Quais as vivências e os comprometimentos experienciados por essas mulheres com o transtorno de compulsão alimentar?

- Qual a influência da pandemia no comportamento de mulheres com transtorno de compulsão alimentar?

Diante desses questionamentos e o interesse profissional pelo estudo do comportamento alimentar humano, senti-me motivada a desenvolver a pesquisa, com enfoque no relato dessas mulheres, ciente de que os resultados implicariam em contribuições pessoais, acadêmicas e sociais. Pessoais, por possibilitar a entrada em uma realidade de serviço para integração de um conhecimento adquirido de forma teórica, em condições diferenciadas do processo ensino-aprendizagem. Acadêmicas, por pretender viabilizar o cumprimento dos requisitos do programa de pós-graduação numa adaptação necessária ao momento de emergência de saúde pública, além de fornecer um estudo empírico para o aumento da literatura. Sociais, uma vez

que essa produção pode refletir em ações e reflexões de profissionais de saúde levando a transformações no cuidado à população assistida. Reforça-se a previsão de retorno dos resultados à equipe do serviço.

A dissertação está organizada em seis capítulos. O Capítulo 1 apresenta uma visão geral sobre os transtornos alimentares, com destaque para o transtorno de compulsão alimentar, bem como as particularidades relacionadas à compulsão alimentar em mulheres adultas. O Capítulo 2 expõe as implicações do transtorno de compulsão alimentar no comprometimento funcional, assim como a compulsão alimentar frente ao isolamento na pandemia de covid-19 e finaliza apresentando as contribuições da Psicologia da Saúde para o tratamento dos transtornos alimentares. O Capítulo 3 explicita os objetivos geral e específicos do trabalho, sendo o método apresentado no Capítulo 4. O Capítulo 5 traz os resultados, acompanhados da discussão. No Capítulo 6 são feitas as considerações gerais sobre a pesquisa. As referências e anexos foram incluídos nas seções específicas.

CAPÍTULO 1

Transtorno de Compulsão Alimentar

No presente capítulo são apresentados os conceitos relacionados ao transtorno alimentar, ressaltando os principais transtornos alimentares descritos pelo DSM-5, suas consequências e o tratamento. Destaque é dado ao transtorno de compulsão alimentar, apresentando suas características diagnósticas, fatores que influenciam no seu desenvolvimento, além das consequências de saúde clínica e psiquiátrica e a sua prevalência em relação aos outros transtornos alimentares. Explora ainda o transtorno de compulsão alimentar em mulheres, a partir da identificação da sua alta prevalência nesse público.

1.1. Visão geral dos transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são transtornos psiquiátricos graves caracterizados por comportamentos relacionados à alimentação ou controle de peso anormais e que podem atingir pessoas de todas as idades, sexos, orientações sexuais, etnias e regiões geográficas (Treasure et al., 2020).

Nessa perspectiva, transtornos alimentares são definidos por uma desordem constante no ato de comer ou comportamento referente à alimentação resultando em consequências que alteram o consumo ou absorção de alimentos causando um comprometimento relevante à saúde física ou funcionamento psicossocial do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) descreve critérios de diagnósticos para seis distúrbios alimentares: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/ evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Contudo, com relação à prevalência, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar são os transtornos alimentares mais prevalentes. Importante ressaltar que, neste ano de 2023, uma

nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5-TR foi lançada, mas não houve alteração relacionada aos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares. Como o material ainda não estava disponível quando da elaboração da dissertação, foi mantida a referência de 2013.

Um estudo de base populacional envolvendo 36.309 adultos nos Estados Unidos, sugeriu que as estimativas de prevalência de transtornos alimentares definidos pelo DSM-5 ao longo da vida ou nos últimos 12 meses, produziram estimativas mais altas para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (Udo & Grilo, 2018). Mohler-Kuo et al. (2016) também identificaram uma taxa de prevalência ao longo da vida de 3,5% para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar ao avaliar uma amostra de 10.038 indivíduos na Suíça que procuravam ajuda profissional para transtornos alimentares.

De acordo com o DSM-5, a anorexia nervosa se caracteriza pelo medo intenso de ganhar peso ou engordar, levando a pessoa a uma restrição da ingestão calórica em relação às suas necessidades, resultando em um peso corporal significativamente baixo. A bulimia nervosa, se caracteriza por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inadequados a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos ou abuso de laxantes, diuréticos ou exercício em excesso. Já no transtorno de compulsão alimentar a pessoa ingere uma grande quantidade de comida, seguida de uma sensação de perda de controle sobre a alimentação e sentimento de culpa (American Psychiatric Association, 2013).

Os transtornos alimentares estão associados à diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde física e mental, causando um impacto significativo na vida diária do indivíduo, em função do comprometimento funcional associado, aumento da incapacidade e da mortalidade, bem como comorbidade psiquiátrica e clínica (Appolinario, Sichieri, et al., 2022; Fichter & Quadflieg, 2016; Kessler et al., 2013).

Especificamente no transtorno de compulsão alimentar, os indivíduos podem apresentar consequências de saúde para uma série de condições clínicas, com risco elevado à obesidade, diabetes, hipertensão, distúrbios do sono, doença autoimune, e um conjunto de sintomas relacionados a dores, como dores de cabeça, dores no pescoço e nas costas, entre outras questões de saúde (Mitchell, 2016; Olguin et al., 2017).

Além do impacto físico, os transtornos alimentares geram prejuízo no funcionamento psicossocial. Nesse sentido, representam um sério problema de saúde pública (Udo & Grilo, 2018). Ademais, houve um aumento expressivo de transtornos alimentares no decorrer dos anos, sendo uma média de 3,5% no período de 2000-2006 para 4,9% de 2007- 2012 e 7,8% no período de 2013-2018 (Galmiche et al., 2019).

Um estudo realizado nos Estados Unidos que teve como objetivo estimar os custos dos transtornos alimentares em uma perspectiva social, incluindo os custos para o sistema de saúde e perda de bem-estar, identificou que os custos econômicos totais ligados a transtornos alimentares foram estimados em \$64,7 bilhões entre 2018 e 2019. Os resultados do estudo revelam que é extremamente necessário intervir por meio de prevenção, políticas de saúde, na atenção primária em escolas, locais de trabalho e na comunidade em geral (Streatfeild et al., 2021).

No Sul da Austrália, o gasto estimado do total anual em 2018 com transtornos alimentares, incluindo os custos do sistema de saúde, custos de produtividade e custos da carga de doença, foi de \$84,54 bilhões (Tannous et al., 2021).

Não foram localizados estudos brasileiros sobre o gasto nacional com transtornos alimentares. Tal lacuna pode estar associada à carência de oferta de tratamento especializado, o que dificulta a identificação dos casos, além de indivíduos com os sintomas não saberem onde ou a quem recorrer. Hay (2020), ressalta que a prevenção, a prática clínica adequada e a

infraestrutura dos serviços de saúde, são pontos relevantes para que os casos de transtorno alimentar sejam identificados e tratados adequadamente.

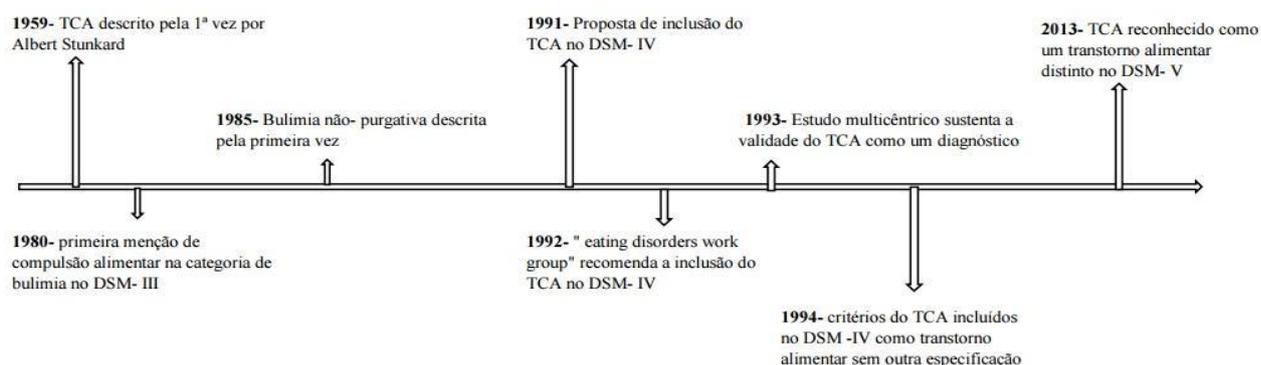
1.2 Transtorno de Compulsão Alimentar

A primeira descrição da compulsão alimentar como um padrão de alimentação distinto ligado à obesidade foi feita por Stunkard (1959). No entanto, o transtorno de compulsão alimentar foi incluído pela primeira vez com sua própria descrição diagnóstica somente na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013).

A Figura 1, apresenta a linha do tempo desde que o termo transtorno de compulsão alimentar foi descrito pela primeira vez até à sua inclusão como um diagnóstico oficial no DSM-5, conforme Appolinario (2021).

Figura 1

Transtorno de compulsão alimentar: linha do tempo



Appolinario (2021)

A bulimia nervosa se diferencia do transtorno de compulsão alimentar pelos métodos compensatórios inadequados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, laxantes, diuréticos, jejum ou exercício físico em excesso. Quando o indivíduo não adota esses

métodos compensatórios inapropriados, deve ser considerado o diagnóstico de compulsão alimentar (American Psychiatric Association, 2013).

A compulsão alimentar é caracterizada por episódios recorrentes do consumo de grandes quantidades de alimento, em um curto período de tempo, associada a uma sensação de perda de controle sobre a alimentação e sentimento de culpa (American Psychiatric Association, 2013).

Para ser diagnosticado o transtorno, os episódios precisam ocorrer pelo menos uma vez por semana, durante três meses. Os indivíduos acometidos não fazem uso de comportamentos compensatórios inadequados como vômitos autoinduzidos ou uso excessivo de diuréticos ou laxantes, como ocorre na bulimia nervosa. Durante um episódio de compulsão alimentar, a pessoa ingere grandes quantidades de alimento, mesmo na ausência de fome física, come mais rápido que o normal, sentindo-se desconfortavelmente cheio, geralmente come sozinho por vergonha de outras pessoas verem a quantidade que está comendo, resultando assim, em sofrimento marcante (American Psychiatric Association, 2013).

Segundo o DSM-5, as comorbidades psiquiátricas e clínica mais comuns ligadas ao transtorno de compulsão alimentar são depressão, ansiedade, transtornos de humor, transtornos de personalidade e obesidade (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro dessa perspectiva, a obesidade é uma das comorbidades mais frequentes no transtorno de compulsão alimentar, devido ao consumo excessivo de calorias envolvido, porém, não se restringe apenas a pessoas obesas, pode ocorrer em pessoas de peso normal ou com sobrepeso (Agüera et al., 2020; American Psychiatric Association, 2013; Appolinario, Sichieri, et al., 2022). No entanto, é mais prevalente entre indivíduos que buscam tratamento para emagrecer do que na população em geral (American Psychiatric Association, 2013; McCuen-Wurst et al., 2018). Assim, o transtorno de compulsão alimentar está associado a altas taxas de sobrepeso e obesidade (Kessler et al., 2013).

Nesse sentido, o transtorno de compulsão alimentar interfere de forma significativa na qualidade de vida relacionada à saúde, podendo ocorrer assim, aumento do uso e custos com serviço de saúde mais elevados, quando comparado com pessoas sem transtorno alimentar (Ágh et al., 2016).

Com relação à sua prevalência, Hay et al., (2015) pesquisou uma amostra de 6.041 pessoas, com idade variando dos 15 aos 96 anos, tendo como um dos objetivos investigar a prevalência de três meses de transtornos alimentares nesta população. Foi identificada uma prevalência de transtorno de compulsão alimentar de 5,6% nas pessoas entrevistadas.

Ainda com relação à sua prevalência, é o transtorno alimentar mais prevalente, de acordo com uma pesquisa que reuniu uma amostra de 36.309 adultos entrevistados nos Estados Unidos. As estimativas de prevalência ao longo da vida são de 0,85% e em 12 meses 0,44% (Udo & Grilo, 2018). As taxas vêm aumentando (Erskine & Whiteford, 2018; Galmiche et al., 2019).

Com o objetivo de identificar as estimativas de prevalência do transtorno de compulsão alimentar em pessoas maiores de 18 anos, em 14 países, uma pesquisa realizada pela Iniciativa de Pesquisa de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, identificou que as estimativas de prevalência ao longo da vida e em 12 meses, são maiores para o transtorno de compulsão alimentar. A média de início é entre o final da adolescência e o início dos 20 anos. No Brasil, a pesquisa se concentrou em São Paulo, entrevistando 2.942 participantes. Observou-se que a prevalência ao longo da vida foi de 4,7% e a prevalência de 12 meses foi de 1,8% (Kessler et al., 2013).

O transtorno de compulsão alimentar pode ser influenciado por fatores biológicos, psicológicos e culturais (Yilmaz et al., 2015). Pesquisadores buscam avançar em estudos de neuroimagem, genética, psicológicos e neurobiológicos, com intuito de progredir no conhecimento sobre os determinantes e tratamento da compulsão alimentar. Alguns fatores são

atribuídos como mecanismos associados ao comportamento da compulsão alimentar, como: a reatividade/desregulação emocional, reatividade ao estímulo alimentar, desejo por comida e controle cognitivo (Appolinario, Kaplan, et al., 2022; Kessler et al., 2016; Kober & Boswell, 2018).

O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo (American Psychiatric Association, 2013). Dificuldade em lidar com estados emocionais indesejados vivenciados diariamente, geralmente advindos de circunstâncias que envolvem raiva, ansiedade, tristeza, frustração, entre outras podem estar presentes em indivíduos com transtorno da compulsão alimentar (Berking et al., 2022; Dingemans et al., 2017; Fairburn et al., 2003; McClure et al., 2022; Walenda et al., 2021).

O transtorno da compulsão alimentar e comportamento associado à alimentação em mulheres têm sido objeto de estudo no Brasil (Borges et al., 2002; Freitas et al., 2008; Oliveira & Cordás, 2020; Sabatini et al., 2019). Uma pesquisa mais ampla de base populacional transversal realizada com 2.297 indivíduos no Rio de Janeiro, reafirma a alta prevalência do transtorno em mulheres, assim como as comorbidades associadas (Appolinario, Sichieri, et al., 2022).

1.3. Prevalência da compulsão alimentar em mulheres

Como já ressaltado, o transtorno de compulsão alimentar é mais prevalente em mulheres (Appolinario, Sichieri, et al., 2022; Erskine & Whiteford, 2018; Galmiche et al., 2019; Kessler et al., 2013; Dahlgren et al., 2017; Micali et al., 2017; Udo & Grilo, 2018). De acordo com Goel (2021), em uma perspectiva cultural, o enaltecimento de um corpo magro e a pressão social para obtenção desse corpo, podem aumentar o risco de transtornos alimentares em mulheres. Embora a supervalorização do peso e forma corporal não sejam critérios diagnósticos para o transtorno de compulsão alimentar, podem contribuir para a gravidade do

transtorno e prejuízo no funcionamento do indivíduo aumentando o sofrimento psicológico relacionado à depressão e baixo autoestima (Linardon, 2016).

Em uma perspectiva biológica e fisiológica, diferenças sexuais na fisiologia da alimentação podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Asarian & Geary, 2013). Na perspectiva biológica, a puberdade e níveis altos de hormônios como o estradiol podem ativar os sintomas de desordens alimentares, como a compulsão, em mulheres que são suscetíveis geneticamente ao transtorno (Culbert et al., 2010).

Buscando investigar a prevalência dos transtornos alimentares entre o período de 2000-2018, Galmiche et al. (2019) identificaram maior prevalência ao longo da vida, de 12 meses e prevalência pontual do transtorno de compulsão alimentar em mulheres, quando comparada a prevalência do transtorno em homens, nos três âmbitos. Quando investigada em dados populacionais em uma amostra de 36.306 adultos nos Estados Unidos, a prevalência de transtornos alimentares, incluindo transtorno de compulsão alimentar, houve prevalência significativamente maior em mulheres (Udo & Grilo, 2018).

Erskine & Whiteford (2018) também identificaram maior prevalência em mulheres, sendo uma prevalência global de 1,4% para mulheres e 0,4% para homens, corroborando os estudos de Kessler et al. (2013). Portanto, é um transtorno muito comum em mulheres ao longo da vida (Dahlgren et al., 2017; Micali et al., 2017).

Conforme sinalizado, o transtorno de compulsão alimentar pode ocorrer concomitantemente com o transtorno depressivo (American Psychiatric Association, 2013). Em estudo realizado por Skinner et al. (2012), indivíduos que se envolveram em comportamentos de comer excessivo tiveram uma tendência a desenvolver sintomas depressivos, quando comparados aos que não se envolviam nesses episódios.

A depressão frequentemente se faz presente em indivíduos que buscam tratamento para compulsão alimentar em programas de emagrecimento. Achados revelam que quanto maior o

nível da compulsão, mais grave os sintomas da depressão (Bittencourt et al., 2012). Dessa maneira, uma amostra de mulheres com compulsão alimentar apresentou significativamente mais sintomas depressivos do que as mulheres sem um transtorno alimentar (Borges et al., 2002).

Um outro aspecto que pode ocorrer paralelo a um comportamento alimentar desordenado, como a compulsão alimentar é o afeto negativo, frequentemente presente na depressão (Magel & von Ranson, 2021). Desse modo, a depressão pode ter associação com os episódios de compulsão alimentar, assim como o afeto negativo, a ansiedade e a impulsividade também podem estar relacionados (Mourilhe et al., 2021).

A depressão e a ansiedade vinculadas a um afeto negativo se apresentaram em mulheres que fazem tratamento para compulsão alimentar (Bittencourt et al., 2012; Magel & von Ranson, 2021). Peterson et al. (2012) avaliaram que os sintomas de depressão e ansiedade influenciam no comportamento da ingestão calórica de mulheres com o transtorno.

Nesse sentido, o comportamento de ingestão calórica pode estar associado ao estado emocional. O estado emocional, especialmente as emoções negativas, pode ser um preditor para o comer emocional (Al-Musharaf, 2020; Devonport et al., 2019). O comer emocional se refere a um comportamento relacionado ao desejo de comer como uma forma de enfrentamento a estados emocionais negativos (Arnow, 1995).

Desse modo, a dificuldade em lidar com emoções desconfortáveis e a ausência de estratégias adaptativas para regular e equilibrá-las foram identificadas em mulheres adultas com transtorno de compulsão alimentar. Assim, a comida é utilizada como uma forma de regular e reduzir certos desconfortos emocionais (McClure et al., 2022; Walenda et al., 2021).

A emoção pode afetar também na escolha do tipo de alimento a ser consumido, podendo haver maior interesse pelo consumo de alimentos hiperpalatáveis e não saudáveis, com alto teor energético e açúcar (Bjorlie et al., 2022; Costarelli & Patsai, 2012), levando a um ganho

de peso (Koenders & van Strien, 2011). Como resultado, o ganho de peso e o desenvolvimento da obesidade é uma das consequências associadas ao transtorno de compulsão alimentar (American Psychiatric Association, 2013).

A relação entre sobrepeso/ obesidade e comportamento alimentar desordenado foi identificada em amostra de adolescentes e adultos acima do peso, evidenciando que esses fatores estão associados a um aumento de psicopatologias, ocasionando a gravidade do transtorno e um maior comprometimento clínico (Balantekin et al., 2021; Goldschmidt et al., 2015).

Um estudo realizado com 174 pessoas diagnosticadas com transtorno de compulsão alimentar, a partir dos critérios do DSM-IV, composta em quase sua totalidade (98%) por mulheres, com idades entre 17 e 65 anos, evidenciou que há uma alta relação entre obesidade e compulsão alimentar, sendo que a maior frequência de episódios de compulsão alimentar está relacionada a um maior ganho de peso (Dingemans & van Furth, 2012). A partir da análise de um estudo de triagem feita por profissionais, identificou-se que na maioria das vezes, essas pessoas tendem a procurar ajuda mais para a perda de peso do que para a compulsão alimentar (Wever et al., 2018).

Freitas et al. (2008) também identificaram episódios de compulsão alimentar, em mulheres de meia idade. Em uma amostra de 11,5% de mulheres nessa faixa etária foram observados mais de dois episódios por semana nos últimos seis meses. De França et al. (2013) observaram prevalência de compulsão alimentar (7,9%) e compulsão alimentar recorrente (2,7%) nos últimos três meses em uma amostra de adultos, em sua grande maioria composta por mulheres. Importante ressaltar que a idade é uma variável que não exclui a possibilidade do transtorno, ou seja, ele pode ser identificado em mulheres de todas as faixas etárias.

De França et al. (2013) e Freitas et al. (2008) compreenderam em seus estudos que embora muitas vezes os indivíduos não preencham todos os critérios para um diagnóstico de

compulsão alimentar, tal condição está associada à obesidade, autoavaliação comprometida do estado de saúde e a insatisfação corporal, causando um comprometimento clínico e prejuízo na vida dos indivíduos.

No que diz respeito à insatisfação corporal, esse é um fator que frequentemente se apresenta em indivíduos com transtornos alimentares. Um estudo que teve como objetivo avaliar a prevalência de comportamentos de risco relacionados a transtornos alimentares e satisfação com a imagem corporal entre estudantes de nutrição e nutricionistas no Brasil, identificou nos dois grupos a prevalência de insatisfação corporal, referenciando a pressão social como um dos fatores que provavelmente contribuiu para uma avaliação corporal rigorosa (Toral et al. 2016).

A insatisfação corporal se apresentou também em crianças estudantes do ensino fundamental. As crianças eram obesas e evidenciaram desejo de mudança em relação ao seu peso e forma corporal, indicando principalmente as ofensas sofridas pelos colegas no ambiente escolar como contribuindo para tal desejo. Ressalta-se a importância da prevenção e tratamento de desordens alimentares na infância, como a obesidade, a fim de evitar agravos na vida adulta (Baggio et al. 2021).

Uma vez que a obesidade é uma das consequências associada ao transtorno de compulsão alimentar, um ponto importante a ser destacado é o estereótipo que as pessoas com o transtorno experimentam em relação ao peso, sugerindo que essa associação está relacionada a um comportamento de indisciplina e falta de autocontrole, resultando aos acometidos um sentimento de culpa, que por consequência, reforça o estigma da obesidade (Hollett & Carter, 2021). Como pontua Lazzarini (2013), a valorização de um corpo magro é excessivamente propagada no mundo moderno, sendo o obeso aquele que contraria esse padrão. Doley et al. (2017) reforçam que intervenções em saúde podem contribuir para remover essas barreiras

relacionadas ao estigma e para reduzir o sentimento de culpa vivenciado aos diagnosticados com o transtorno.

Diante disso, a fim de compreender as implicações do transtorno de compulsão alimentar em mulheres, o seu comprometimento significativo à saúde e funcionamento psicossocial, o próximo capítulo abordará a compulsão alimentar e comprometimento funcional, além de compreender informações acerca da compulsão alimentar frente ao isolamento social na pandemia de covid-19, bem como as contribuições da Psicologia da Saúde para o tratamento dos transtornos alimentares.

CAPÍTULO 2

Implicações e intervenções associadas ao transtorno de compulsão alimentar

O presente capítulo explora o comprometimento funcional decorrente da compulsão alimentar em mulheres, o que reforça a importância de estudos com essa população. Além disso, apresenta informações a respeito da influência do isolamento social na pandemia de covid-19 no comportamento alimentar de pessoas com transtornos alimentares já existentes e as contribuições da Psicologia da Saúde para o planejamento de intervenções para essa população.

2.1. Compulsão alimentar e comprometimento funcional

O transtorno de compulsão alimentar está frequentemente associado a comorbidades psiquiátricas, clínicas e comprometimento funcional. Nesse sentido, tem impacto negativo no funcionamento do indivíduo acometido, envolvendo problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas e maior utilização associada dos serviços de saúde (American Psychiatric Association, 2013).

O impacto negativo no funcionamento do indivíduo corresponde principalmente ao funcionamento psicossocial. O funcionamento psicossocial refere-se à capacidade do indivíduo de realizar suas atividades cotidianas com êxito buscando desenvolver relacionamentos interpessoais gratificantes, e que atendam às demandas da comunidade, incluindo família, trabalho e outros espaços em que a pessoa está inserida (Mehta et al., 2014).

Dificuldades no funcionamento psicossocial foram identificadas em indivíduos com transtornos alimentares, havendo consequências sobretudo no comprometimento pessoal, social e cognitivo (Bohn et al., 2008), sendo, o funcionamento psicossocial prejudicado preditor para início de transtornos alimentares (Stice et al., 2017).

Além disso, em estudo realizado por Mehl et al. (2019) o comprometimento no funcionamento psicossocial com amigos, família e escola aumentou expressivamente o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Os autores sugerem que outros estudos investiguem como se dá a sequência funcionamento psicossocial prejudicado e desenvolvimento de transtornos alimentares, ou seja, de que forma um induz ao outro. Segundo o DSM-5 um dos aspectos fundamentais para se caracterizar um transtorno mental é a presença de prejuízo no funcionamento em áreas essenciais da vida do indivíduo, como a social, profissional e familiar (American Psychiatric Association, 2013).

É fundamental compreender os fatores envolvidos no sofrimento psicológico e prejuízos funcionais que podem ser incapacitantes em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar uma vez que tal entendimento pode favorecer principalmente o planejamento de intervenções direcionadas à prevenção e promoção da saúde (Mitchison et al., 2018).

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar tendem a ficar mais dias fora do papel social, não conseguindo concluir seu trabalho, estudo ou responsabilidade doméstica, relatando preocupação extremas com peso ou forma, tendo assim altos níveis de comprometimento funcional (Mond et al., 2007).

A supervalorização do peso/forma e a frequência de compulsão alimentar foram preditores de sofrimento psicológico e comprometimento funcional em mulheres com transtorno de compulsão alimentar, embora provavelmente o sofrimento e o comprometimento possam estar associados a vários outros fatores (Mitchison et al., 2018). Atrelado a isso, comentários a respeito da alimentação ou do peso tendem a reforçar uma postura defensiva para não estarem com outras pessoas (Vandereycken & van Humbeeck, 2008).

Dessa forma, o transtorno de compulsão alimentar está associado a sofrimento angustiante, comprometimento relevante no funcionamento, gerando um prejuízo clinicamente significativo ao indivíduo (Brownstone & Bardone-Cone, 2021).

O prejuízo no funcionamento dos papéis foi relatado nas pesquisas de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) por 46,7% dos indivíduos com transtorno de compulsão alimentar, com apresentação de comprometimento grave por 13,2% da amostra, com estimativas de 12 meses, segundo critério diagnóstico do DSM-IV (Kessler et al., 2013). O comprometimento do papel foi avaliado com base na Escala de Incapacidade de Sheehan (SDS), que avalia o prejuízo vivido em três domínios: trabalho/escola, vida social e vida familiar (Sheehan et al., 1996).

Indivíduos com outros transtornos mentais, como ansiedade e depressão, também foram avaliados por meio da SDS a fim de identificar o comprometimento funcional (Braga et al., 2005; Brewerton et al., 2022; Hammer-Helmich et al., 2018; Manjunatha et al., 2022; Pawaskar et al., 2019).

Se referindo ao transtorno de compulsão alimentar, Pawaskar et al. (2017) avaliaram os níveis de funcionamento prejudicado e produtividade em indivíduos que preencheram os critérios diagnósticos de transtorno de compulsão alimentar do DSM-5. Os participantes com o transtorno apresentaram na SDS maior comprometimento em todos os domínios funcionais, quando comparados com os entrevistados sem o transtorno, sendo a vida social a dimensão com maior comprometimento.

O comprometimento funcional por meio da SDS também foi avaliado por Appolinario, Sichieri, et al. (2022). Os resultados apontaram um comprometimento funcional na área de trabalho/escola e prejuízo significativo no funcionamento social para o transtorno de compulsão alimentar quando comparado com outros transtornos alimentares.

Desse modo, o comprometimento no funcionamento dos papéis sociais resulta em sofrimento psicológico significativo a indivíduos com o transtorno de compulsão alimentar e foi objeto de estudo em diversas pesquisas (Appolinario, Sichieri, et al., 2022; Davidsen et al., 2017; R. C. Kessler et al., 2013; Pawaskar et al., 2017; Yee et al., 2021). Contudo, Hudson et

al. (2007) destacam que por alguns motivos, por exemplo a minimização ou vergonha, podem fazer com que o comprometimento do papel fique subnotificado em indivíduos com transtorno alimentar.

2.2. Compulsão alimentar frente ao isolamento na pandemia de covid-19

Desde dezembro de 2019 a população mundial tem lidado com a pandemia de coronavírus (covid-19), com grande influência no aumento das taxas de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. Os números de pessoas acometidas por tais transtornos dobrou de forma considerável durante a pandemia quando comparados às taxas de 2019 (Khubchandani et al., 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados globais da pandemia revelam que até o dia 13 de novembro de 2022 foram relatados 632 milhões de casos confirmados e 6,5 milhões de mortes, gerando preocupação com a saúde física e mental e repercutindo em aumentos nos níveis de ansiedade (Termorshuizen et al., 2020).

Uma pesquisa realizada com 4.294 canadenses, com idades entre 16 e 99 anos, buscou investigar o surgimento de transtornos mentais e o seu agravamento em pessoas com transtornos mentais já existentes durante a pandemia de covid-19. O estudo identificou que as pessoas com condições psiquiátricas pré-existent tiveram agravamento clinicamente significativo do seu quadro quando comparados com aquelas sem história psiquiátrica anterior. Os autores destacaram a relação significativa entre os impactos psicológicos da pandemia em pessoas com condições psiquiátricas já existentes (Robillard et al., 2021).

Em uma revisão realizada por Devoe et al. (2022) relativa aos efeitos da pandemia de covid-19, como o isolamento, redução do acesso a cuidados e tratamento de saúde, mudanças na rotina, informações exaustivas por parte das mídias sociais gerando preocupação sobre contaminação, dieta, ganho de peso e exercícios, evidenciou que tais fatores contribuíram para o agravamento de transtornos alimentares em parte dos estudos. Nesse sentido, os dados

indicam que uma grande parcela da população ficou sujeita à mudança nos hábitos alimentares, sobretudo os indivíduos com transtornos alimentares já existentes.

Em se tratando de transtornos alimentares, o estudo de Branley-Bell & Talbot (2020), mostrou que a pandemia de covid-19 teve um impacto negativo significativo, com prejuízo ao bem-estar psicológico, social e aumento de alimentação desordenada. Phillipou et al. (2020), identificaram em indivíduos com transtorno alimentar exacerbação dos comportamentos de restrição, compulsão alimentar, purgação e exercícios em relação ao período antes da pandemia.

Para indivíduos com transtornos alimentares pré-existentes, como a compulsão alimentar, a pandemia de covid-19 influenciou negativamente para o aumento da frequência de compulsão alimentar (Giel et al., 2021).

Na sintomatologia dos transtornos alimentares é importante reconhecer e regular as emoções para o bem-estar. Dificuldades em lidar com as emoções foi um dos fatores relatados em uma pesquisa que teve como um dos objetivos entender o papel da regulação das emoções no bem-estar de pessoas com transtornos alimentares na pandemia de covid-19 (Vuillier et al., 2021).

Uma pesquisa realizada com 638 mulheres da Arábia Saudita com idades entre 18-39 anos, as quais responderam a uma pesquisa *online* onde o objetivo era avaliar o impacto da pandemia de covid-19 na alimentação emocional em mulheres sauditas jovens durante os meses de quarentena, foi observado que mais da metade das mulheres da amostra eram comedoras emocionais. O estudo identificou que a alimentação emocional foi comum entre as mulheres sauditas durante a pandemia (Al-Musharaf, 2020). Nesse sentido, a pandemia de covid-19, juntamente com as mudanças ocorridas na vida das pessoas em isolamento e o afastamento das atividades cotidianas geraram estresse e influenciaram o comer emocional em estudos de diferentes países (Carpio-Arias et al., 2022; Cecchetto et al., 2021).

Uma pequena amostra nos estudos relatou melhora nos sintomas, como ter um maior controle sobre a alimentação com acesso reduzido a alimentos desencadeantes da compulsão, apoio dos familiares em casa, autocuidado e redução dos sintomas (Branley-Bell & Talbot, 2020; Frayn et al., 2021; Termorshuizen et al., 2020).

Considerando os efeitos negativos, em uma amostra de 39 adolescentes e adultos jovens de um programa ambulatorial multidisciplinar de gerenciamento de peso e estilo de vida nos Estados Unidos, observou-se um aumento de comportamentos de compulsão alimentar durante a pandemia de covid-19 (Freizinger et al., 2022). No estudo de Klump et al. (2022) realizado com mulheres, a pandemia de covid-19, juntamente com outros estressores vivenciados, influenciaram o comportamento da compulsão alimentar.

Alto nível de estresse e ansiedade relacionados à covid-19 tiveram influência no aumento de sintomas de transtornos alimentares e imagem corporal negativa em mulheres com excesso de peso na Polônia (Czeczor-Bernat et al., 2021).

De forma ampla, ainda são necessárias mais pesquisas que sustentem empiricamente os efeitos da pandemia de covid-19 em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar, particularmente se há contribuição para a melhora ou piora dos sintomas do transtorno nessa população. Até o momento, não foram identificados estudos nacionais sobre o tema, havendo a necessidade de entender as dificuldades e os obstáculos enfrentados por indivíduos com transtornos alimentares pré-existent e seus familiares, de forma a definir ações preventivas eficazes para enfrentamento de situações críticas como as pandemias.

Face ao exposto, o presente estudo foi delineado considerando a lacuna relativa às vivências de mulheres adultas com compulsão alimentar no cenário brasileiro. A partir da identificação do perfil sociodemográfico e impacto desse transtorno para o funcionamento profissional, social e familiar espera-se contribuir para ações de prevenção de agravos e promoção de saúde física e mental.

2.3. Contribuições da Psicologia da Saúde para o tratamento dos transtornos alimentares

A Psicologia da Saúde é definida como o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de enfermidades, bem como a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, das enfermidades e disfunções associadas e a formulação de políticas de saúde (Matarazzo,1980). Nessa perspectiva, representa um importante referencial teórico para a atuação profissional que busca compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e comportamentos associados à doença favorecendo a compreensão do processo saúde-doença.

Nos últimos anos, ênfase tem sido dada à necessidade de consideração das variáveis do contexto individual, familiar e social para definição de intervenções terapêuticas. O modelo biopsicossocial, cada vez mais presente na formação e prática profissional, identifica que a saúde e outros comportamentos são determinados pela interação entre mecanismos biológicos, processos psicológicos e influências sociais, ou seja, sofre influência de múltiplos contextos (Straub, 2014).

A literatura indica que o tratamento dos transtornos alimentares deve envolver técnicas para promover a adesão ao tratamento, melhorar a relação com a imagem corporal, ensinar o controle dos episódios de compulsão alimentar, aumentar a autoestima do paciente, melhorar suas relações interpessoais, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas e modificar o sistema de crenças associadas ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. Lembrando que no caso da compulsão, a perda de peso é, na maioria das vezes, o motivo de busca pelo tratamento.

A adesão é a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações do profissional da saúde. Embora muitas vezes seja associada com o uso dos medicamentos, implica num processo de mudança de hábitos, o que pressupõe a aquisição de

novos hábitos. É um processo dinâmico, multifatorial e colaborativo que precisa ser centrado na realidade do paciente. Por ser um processo que envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança, não há dúvidas de que as decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre o paciente, a equipe e a rede social repercutem em efetivação da mudança (Straub, 2014).

Após análise dos resultados de uma intervenção nutricional em grupo, com duração de três meses, voltada para mulheres obesas, Duarte e Queiroz (2020) ressaltam a necessidade de enfatizar a dimensão subjetiva do cuidado em saúde na formação dos profissionais envolvidos no tratamento da obesidade de forma a evitar a cronificação do quadro e os custos decorrentes de suas complicações. O resultado pretendido depende, em grande parte, da relação profissional estabelecida, bem como recursos disponibilizados como apoio às metas estabelecidas para o tratamento, que devem ser realistas e definidas numa dimensão temporal.

Bezerra (2001) já destacava a importância do uso do registro alimentar como uma técnica de automonitoramento para a redução do peso corporal. Para os pacientes, o registro alimentar favorece a percepção em relação ao seu hábito alimentar. Para os profissionais, representa um apoio frente à dificuldade de acessar informações precisas sobre o consumo alimentar dos pacientes e a importância dessas informações para o tratamento da obesidade.

Pensando nas mulheres com compulsão alimentar, ao registrar os alimentos, horário e sentimentos associados às refeições modifica-se o foco da atenção e há possibilidade de identificação de variáveis que mantêm a ingestão descontrolada de alimentos. No estudo realizado por Bezerra (2001), além de melhorar a percepção do paciente em relação ao seu hábito alimentar, a técnica forneceu informações para a definição de distintas possibilidades terapêuticas que poderiam ser indicadas para cada um dos participantes, na reavaliação e na redefinição de condutas e metas a serem alcançadas.

O trabalho em equipe é um importante recurso para a implementação do modelo biopsicossocial. Segundo Peduzzi & Agreli (2018) o trabalho em equipe constitui-se de uma vinculação mútua de troca técnica e relacional entre os profissionais envolvidos, proporcionando articulação colaborativa e interdisciplinar no serviço prestado ao usuário, de forma que tenha efetividade na intervenção proposta pela prática integral considerando as diversas visões das áreas profissionais que compõe a equipe de saúde.

Face à complexidade envolvida na etiologia, evolução e tratamento de quadros crônicos, a identificação sobre a autorregulação do comportamento em saúde, as crenças de saúde e cognições de doença, os mediadores em saúde como o gênero, o apoio social, o estresse psicológico, e as habilidades de autocuidado trazem implicações para a atuação profissional, com potencial para integrar o que realmente é relevante para o paciente, servindo de guia para uma prática fundamentada e em busca de respostas efetivas.

CAPÍTULO 3

Objetivos

Este capítulo apresenta os objetivos que orientaram a pesquisa, formulados a partir das questões norteadoras delineadas na seção de Apresentação e da revisão de literatura exposta nos capítulos anteriores.

3.1. Objetivo Geral

Investigar as implicações do transtorno de compulsão alimentar no funcionamento profissional, social e familiar de mulheres com esse diagnóstico, acompanhadas por equipe multiprofissional em serviço especializado.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres com transtorno de compulsão alimentar em tratamento na instituição;
- Descrever o histórico da alteração alimentar até o diagnóstico do transtorno de compulsão alimentar;
- Identificar implicações da compulsão alimentar no funcionamento profissional, social e familiar dessas mulheres;
- Descrever a influência da pandemia de covid- 19 no quadro de compulsão alimentar pré-existente;
- Identificar estratégias utilizadas para lidar com o transtorno de compulsão alimentar.

CAPÍTULO 4

Método

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa. Será descrito o contexto da coleta de dados, o tipo de estudo, os participantes, os critérios de seleção, instrumentos utilizados, as considerações éticas e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

4.1. Contexto da coleta de dados

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Transtornos Alimentares de um hospital público terciário do Distrito Federal, que disponibiliza o tratamento multidisciplinar para essa clientela, contando com a participação direta de três especialidades: psiquiatria, nutrição e psicologia. No momento da coleta de dados, a equipe contava ainda com uma fisioterapeuta voluntária.

O ambulatório para atendimento a transtornos alimentares foi fundado há três anos. Tem como objetivo tratar a maneira com que as pessoas se relacionam com a comida, ajudando o paciente a ter uma relação saudável com os alimentos. Para ter acesso ao serviço de saúde, é necessário ter encaminhamento médico de outras unidades de saúde. No encaminhamento deve ser informada a questão alimentar a ser tratada, visto que o serviço se destina exclusivamente para o tratamento de transtornos alimentares. Entre junho e setembro de 2022, período da coleta de dados, eram atendidos aproximadamente 60 pacientes com diferentes transtornos alimentares, sendo 12 mulheres com o diagnóstico de compulsão alimentar. Entre o público estão crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de transtorno alimentar, sendo o maior público composto por mulheres.

O atendimento aos pacientes é realizado semanalmente, às terças-feiras, no horário das 07h às 19h. O ambulatório atende por dia uma média de 14 pacientes, que no dia da consulta

agendada é visto individualmente pelas profissionais das três especialidades. Ao final do dia ou do atendimento, a depender do quadro, há a discussão de casos com definição ou revisão de objetivos para o acompanhamento.

4.2. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, que teve como finalidade ampliar as informações sobre a compulsão alimentar em mulheres adultas.

4.3. Participantes

Participaram da pesquisa 10 mulheres adultas, que foram indicadas pela equipe de profissionais do referido ambulatório, conforme os critérios de seleção deste estudo.

4.3.1. Critérios de inclusão

Mulheres na faixa etária de 18 a 50 anos, com diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar, residentes em Brasília-DF e em atendimento no Ambulatório de Transtornos Alimentares da instituição.

4.3.2. Critérios de exclusão

Paciente com funcionamento psíquico prejudicado (perda de memória, desorganização do pensamento e linguagem), conforme avaliação da equipe.

4.4. Instrumentos

O estudo incluiu a realização de uma entrevista semiestruturada, a aplicação da Escala de Incapacidade de Sheehan e um questionário sociodemográfico.

4.4.1. Entrevista semiestruturada

Foi elaborado pela pesquisadora um roteiro semiestruturado com perguntas abertas para entrevista individual (Anexo A) que objetivou levantar informações sobre as vivências das participantes relacionadas ao transtorno, a partir da revisão de literatura realizada. Após elaboração do instrumento, houve submissão à avaliação das profissionais responsáveis pelo serviço, que sugeriram a revisão de algumas perguntas e inclusão de mais uma, relacionada ao acompanhamento de comorbidades. Assim, o roteiro final ficou composto de 12 perguntas que exploram as vivências de mulheres adultas com compulsão alimentar.

Após avaliação do questionário pelas profissionais, uma primeira participante foi entrevistada com intuito de revisar o instrumento e identificar possíveis constrangimentos ou incompreensão em algum item. Conforme relatado pela participante, não houve dificuldade ou constrangimento relacionado às perguntas, dessa forma, não houve necessidade de alteração do instrumento.

4.4.2. Escala de Incapacidade de Sheehan – Escala SDS

A Sheehan Disability Scale - SDS (Anexo B) é uma escala de autoavaliação composta de três perguntas, as quais avaliam prejuízos ou comprometimento funcional vividos em três domínios: no trabalho, vida social e vida familiar. O respondente indica o quanto os sintomas interferiram nos três domínios da sua vida, nas últimas duas semanas (Sheehan et al., 1996). Para cada pergunta as respostas são expressas numa escala de 0 a 10, sendo (0 – nenhum); (1 a 3 - prejuízo leve); (4 a 6 - prejuízo moderado); (7 a 9 - prejuízo acentuado) e (10 - prejuízo extremo). A variação da soma do escore global dos três domínios varia de 0 a 30. Quanto maior a pontuação, mais prejudicado o funcionamento (Sheehan & Sheehan, 2008).

Yee et al. (2021) avaliaram as propriedades psicométricas da SDS em indivíduos diagnosticados com transtorno de compulsão alimentar. O estudo demonstrou as análises

psicométricas de estatística fatorial, validade, confiabilidade e capacidade de resposta à mudança neste grupo.

A SDS também apresentou confiabilidade e validade em estudo com pacientes acometidos por diversos transtornos mentais na atenção primária (Leon et al., 1997). Braga et al. (2005) utilizaram a versão brasileira do instrumento com o objetivo de avaliar a qualidade de vida subjetiva de pacientes com e sem transtornos de ansiedade.

4.4.3. Questionário sociodemográfico

Questionário composto por oito perguntas fechadas (Anexo C). Inclui as seguintes características demográficas das participantes: idade, raça/cor, estado civil, filhos, escolaridade, situação profissional/ profissão e renda.

4.5. Considerações éticas

A pesquisa teve início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos, conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seguiu as recomendações éticas previstas na referida resolução, assim como as recomendações sobre os cuidados éticos em pesquisa apontados na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação desse projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa (Parecer 5.375.319 e Parecer 5.314.332) as participantes indicadas que atenderam aos critérios foram contactadas pessoalmente e receberam informações sobre os objetivos do estudo. Após aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D) e foram entrevistadas individualmente pela pesquisadora.

As participantes foram alertadas para possíveis reações de desconforto ou constrangimento que poderiam ser gerados a partir de perguntas relacionadas a vivências associadas à compulsão alimentar. Nesse sentido, foram informadas de que poderiam desistir

da pesquisa a qualquer momento, assim como, caso necessário, receber acolhimento psicológico em forma de sessão psicoterápica pela pesquisadora.

4.6. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi feita individualmente, enquanto as pacientes aguardavam o atendimento com as profissionais do serviço, após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). As participantes inicialmente responderam à entrevista semiestruturada (Anexo A), preencheram a Escala SDS (Anexo B) e, por fim responderam ao questionário sociodemográfico (Anexo C). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com um gravador digital. A própria pesquisadora realizou e transcreveu as entrevistas. A duração média das entrevistas foi de 17 minutos. Apenas uma paciente convidada recusou participar da pesquisa alegando pressa para ir embora.

4.7. Procedimento de análise de dados

Os dados coletados na entrevista, foram transcritos e estruturados conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

O procedimento de análise dos dados se deu a partir das três fases propostas por Bardin (2011). Nesse sentido, a pré-análise, que é a etapa inicial da análise de conteúdo, aconteceu a partir da organização e sistematização dos dados. Para organização dessa etapa, ocorreu a leitura geral do material coletado e a transcrição das entrevistas. Na etapa seguinte, que é a exploração do material, ocorreu a codificação para formulação de categorias de análise, com as informações organizadas em uma tabela para identificação de temas e uma melhor sistematização do material. Por fim, foi realizada a etapa de tratamento dos resultados ou categorização. Nessa fase, as respostas foram reunidas de acordo com o conteúdo acerca dos

objetivos previstos e sobre outras descobertas que porventura não eram esperadas, tendo sido organizadas em sete categorias temáticas.

Estatísticas descritivas foram utilizadas para análise das informações do Questionário Sociodemográfico e da Escala de Incapacidade de Sheehan.

CAPÍTULO 5

Resultados e Discussão

No presente capítulo serão apresentados os resultados e as análises relacionadas aos instrumentos utilizados neste estudo. A apresentação dos resultados está organizada em nove seções, e inclui: Caracterização da amostra; História da alteração alimentar; Prejuízo no funcionamento profissional; Prejuízo no funcionamento social; Prejuízo no funcionamento familiar; Experiência na pandemia de covid-19; Estratégias utilizadas para lidar com o transtorno; Sensações associadas ao comer compulsivo; Comprometimento funcional. A caracterização da amostra decorre do questionário sociodemográfico e a análise do comprometimento funcional da Escala de Incapacidade de Sheehan. As demais seções derivam das categorias elaboradas após as transcrições e análise das entrevistas. A organização das seções buscou ressaltar aspectos importantes referentes aos objetivos desta pesquisa.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi formada por 10 mulheres com idade entre 24 e 48 anos, diagnosticadas com transtorno de compulsão alimentar, atendidas no serviço de referência. Quatro participantes eram casadas, seis solteiras. Quatro participantes declararam ter filhos. Uma participante informou ter ensino fundamental e apenas uma informou ter pós-graduação, quatro informaram ter o ensino médio e quatro possuem o ensino superior. Três participantes não informaram a profissão atual. Sete participantes informaram ter e três responderam que não possuem comorbidades. Em relação à raça, neste estudo, três se declararam pretas, cinco pardas e duas se declararam brancas. Segundo o DSM-5, o transtorno de compulsão alimentar é tão prevalente entre mulheres de minorias raciais e étnicas quanto em mulheres brancas (American Psychiatric Association, 2013). Provavelmente, o número superior de mulheres pardas pode estar relacionado com o fato que, segundo dados do IBGE, negros e pardos representam a

maioria da população brasileira, com cerca de 56% da população (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE],2021).

Embora seis participantes tenham se declarado desempregadas, apenas duas relataram não ter renda mensal. Essas duas participantes recebem ajuda financeira de familiares, inclusive para compra de alimentos. As seis participantes que relataram estar desempregadas relacionaram essa situação à condição de saúde adquirida com a alteração alimentar.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra, diagnóstico, comorbidades e tempo de diagnóstico. Cada participante é apresentada pela letra P e número designado de forma aleatória e sequencial.

Tabela 1:*Perfil sociodemográfico, comorbidades, diagnóstico e tempo de diagnóstico*

Participante	Idade	Raça	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Trabalho	Profissão	Renda	Comorbidades	Diagnóstico	Tempo do diagnóstico
P1	28	Preta	Casada	2	Ensino médio	Desempregada	Do lar	0	Não	Ansiedade e obesidade	12 meses
P2	43	Parda	Solteira	0	Superior Completo	Desempregada	Assistente financeira	0	Sim	Obesidade, hipertensão, diabetes e compulsão alimentar	24 meses
P3	32	Preta	Solteira	0	Ensino médio	Empregada	Auxiliar de saúde bucal	2 SM	Não	Depressão	5 meses
P4	41	Branca	Solteira	0	Pós Graduação	Empregada	Professora	3 a 5 SM	Sim	Compulsão alimentar e ansiedade	54 meses
P5	26	Parda	Solteira	0	Superior Completo	Empregada	Promotora de vendas	2 SM	Não	Compulsão alimentar	12 meses
P6	48	Parda	Casada	2	Ensino fundamental	Desempregada	Afastada pelo INSS	2 SM	Sim	Depressão e obesidade	24 meses
P7	24	Branca	Solteira	0	Superior Completo	Desempregada	Não informado	2 SM	Sim	Ansiedade, obesidade, pré-diabetes, compulsão alimentar depressão	36 meses
P8	27	Parda	Casada	0	Ensino médio	Desempregada	Não informado	6 a 10 SM	Sim	Compulsão alimentar, transtorno afetivo bipolar e transtorno obsessivo compulsivo	120 meses
P9	42	Preta	Solteira	2	Superior Completo	Empregada	Cabeleireira	2 SM	Sim	Compulsão alimentar	36 meses
P10	48	Parda	Casada	1	Ensino médio	Desempregada	Não informado	2 SM	Sim	Compulsão alimentar, obesidade e insuficiência cardíaca	36 meses

Nota. SM: salário mínimo

A média de idade entre as participantes foi de 35,9 anos, sendo a mínima 24 e a maior 48. Todas as participantes afirmaram ter um diagnóstico, ainda que nem sempre relativo ao transtorno alimentar. O tempo do diagnóstico relatado pelas participantes variou de cinco meses a 10 anos.

Das sete participantes que mencionaram ter o diagnóstico de compulsão alimentar, o tempo médio de conhecimento do diagnóstico foi de 45,43 meses e a mediana 36 meses. Apenas P5 e P9 mencionaram só o diagnóstico de compulsão alimentar (12 e 36 meses de conhecimento do diagnóstico, respectivamente). Como P2, P4, P8 e P10 relatam outros diagnósticos associados, não é possível afirmar que o tempo do diagnóstico é aquele relacionado à compulsão alimentar, distinção feita apenas por P7, conforme dados da entrevista. As outras três participantes (P1, P3 e P6) também indicaram um tempo de conhecimento relacionado ao diagnóstico, mas não citaram a compulsão.

A despeito de frequentarem um serviço que presta atendimento a pessoas com transtornos alimentares, o fato dessas três participantes não terem feito referência a esse diagnóstico pode estar relacionado ao medo do julgamento das pessoas, a vergonha ou minimização do problema. Além disso, tal negação pode ser explicada porque no tratamento dos transtornos alimentares é exigido do paciente uma mudança no comportamento alimentar, sendo esse um ponto crucial para o bom êxito no tratamento. Sendo assim, o paciente precisa ter um maior monitoramento sobre os comportamentos que o levam a comer compulsivamente, o que exige dele um protagonismo diário sobre seus hábitos. Para essas pessoas, assumir esse monitoramento diário poderia ser uma barreira a enfrentar. A depender de como a paciente avalia sua participação no tratamento, ou os resultados obtidos, ela pode ou não se sentir à vontade para compartilhar seu diagnóstico.

Chama atenção o fato de que P1 e P6 indicaram a obesidade como diagnóstico, nas entrevistas relataram ter excesso de peso desde a infância, mas identificaram tempo de conhecimento do diagnóstico muito inferior, 12 e 24 meses, respectivamente. Nesse sentido, podem sim estar fazendo referência ao diagnóstico de compulsão, não relatado.

A participante mais jovem, P7 (24 anos), relatou ter recebido o diagnóstico há três anos atrás, ou seja, aos 21 anos. A participante P8 (27 anos) foi a que recebeu o diagnóstico de transtorno alimentar há mais tempo, 10 anos atrás, ou seja, aos 17 anos. Esses dados são compatíveis com os apresentados no DSM-5, assim como em Kessler et al. (2013), que indicam que a média de início do transtorno de compulsão alimentar é mais frequente entre o final da adolescência e o início dos 20 anos, mas pode ter início posteriormente, na idade adulta. Na presente amostra, não é possível afirmar se o diagnóstico demorou a ser feito ou se as participantes ignoraram ou esconderam os sintomas.

Nesta pesquisa, cinco participantes afirmaram ter obesidade. Esse dado corrobora com os estudos que identificam que o transtorno de compulsão alimentar está associado a altas taxas de sobrepeso e obesidade e é mais prevalente entre indivíduos que buscam tratamento para emagrecer (American Psychiatric Association, 2013; de França et al., 2013; Freitas et al., 2008; Kessler et al., 2013; McCuen-Wurst et al., 2018).

Ao serem questionadas sobre ter um diagnóstico relacionado ao quadro que motivou o tratamento, todas as participantes afirmaram possuir algum dos seguintes diagnósticos: ansiedade, obesidade, hipertensão, diabetes, compulsão alimentar, depressão, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo compulsivo e cardiopatia, sendo que P1 e P3 que negaram ter comorbidades, relataram ter ansiedade e obesidade (P1) e depressão (P3). Pacientes com comorbidades são aqueles que possuem alguma doença associada a outra, portando assim várias doenças de modo simultâneo. Uma possível explicação para P1, que relatou ter ansiedade e obesidade, e mesmo assim não afirmou ter comorbidade,

poderia ser uma compreensão de que comorbidade estaria mais relacionada a uma doença física, reforçando o viés de que a palavra doença remete a sintomas físicos. Uma outra possibilidade, não explorada pela pesquisadora, poderia ser o desconhecimento do significado da palavra comorbidade, sem explicitação dessa dificuldade, por vergonha, desinteresse ou outra razão particular.

Ansiedade e depressão foram os quadros emocionais mais mencionados. Esses dados corroboram com o descrito no DSM-5 de que as comorbidades psiquiátricas mais comuns ligadas ao transtorno de compulsão alimentar são depressão, ansiedade, transtornos de humor e transtornos de personalidade (American Psychiatric Association, 2013). Bittencourt et al. (2012), Magel & von Ranson (2021) e Peterson et al. (2012) também identificaram a presença de depressão e ansiedade em mulheres que realizavam tratamento para compulsão alimentar.

O diagnóstico pode ser muito útil para nortear o tratamento, no entanto, é de extrema importância entender a dificuldade dos pacientes em relação a assumir sua condição, muitas vezes em função do preconceito social relacionado a transtornos psiquiátricos. Relevante destacar a necessidade de que os tratamentos dos transtornos alimentares envolvam não somente aspectos que abrangem o diagnóstico, mas que sobretudo viabilizem formas de minimizar o sofrimento da pessoa e aumentar a adesão às propostas terapêuticas. Nesse sentido, o trabalho em equipe representa um importante recurso para o atendimento dessa população.

Ressalta-se ainda que a obesidade é uma doença crônica e representa um sério problema de saúde pública. Dessa forma, o tratamento requer um acompanhamento contínuo, buscando sobretudo mudanças no estilo de vida, de modo a evitar complicações decorrentes (Brasil, 2018).

De forma simplificada, o perfil sociodemográfico das participantes caracterizou-se por ser predominantemente formado por pretas e pardas (8), solteiras (6), sem filhos (6), com ensino médio completo (4) e superior (5), desempregadas (6), com renda até dois salários mínimos (6) e com comorbidades, sendo, a obesidade, depressão e ansiedade as mais mencionadas.

5.2. Histórico da alteração alimentar

Para as 10 participantes da pesquisa o histórico da alteração alimentar inclui quadro evolutivo de obesidade ou tentativas de emagrecimento desde a infância, relacionados a problemas emocionais como depressão, ansiedade ou associados a gatilhos estressores interpessoais, como problemas familiares, traição e morte, além de insucesso de tratamento com especialistas. A comida aparece como forma de compensação emocional, sem seletividade alimentar ou de quantidade. As verbalizações a seguir evidenciam as informações descritas:

“Minha alteração alimentar começou desde que eu era pequena. Sempre tive excesso de peso” (P1)

“Eu sempre fui gordinha, né, desde criança” (P6)

“Eu luto contra a balança há anos e anos, entendeu?” (P9)

Como já ressaltado, a obesidade é uma das comorbidades que está fortemente associada ao transtorno de compulsão alimentar (Agüera et al., 2020; American Psychiatric Association, 2013; McCuen-Wurst et al., 2018). Como uma doença crônica, o tratamento da obesidade é bastante complexo, sem um tempo definido para sua conclusão.

De acordo com o DSM-5, o antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo (American Psychiatric Association, 2013). Nesse sentido, dificuldade em lidar com estados emocionais indesejados vivenciados diariamente, geralmente advindos de circunstâncias que envolvem raiva, ansiedade, tristeza, frustração, desapontamentos

entre outros, podem estar presentes em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar (Berking et al., 2022; Dingemans et al., 2017; Fairburn et al., 2003; McClure et al., 2022; Walenda et al., 2021). Na amostra estudada, os quadros emocionais também foram citados:

“Então, eu tive uma alteração por conta da depressão, por conta da depressão eu passei a comer, engordei muito e então assim, eu não podia ficar triste, chateada, aí eu comia, por qualquer coisinha eu comia” (P3)

“Eu tenho compulsão alimentar e ansiedade devido à morte do meu pai, depois da morte do meu pai agravou mais o processo da compulsão alimentar” (P4)

“Sou uma pessoa que sempre foi muito ansiosa, sempre muito ansiosa mesmo, descontava os meus sentimentos, qualquer coisa que acontecesse comigo na comida. Também tenho diagnóstico de depressão há seis anos e sempre tive esse problema com a comida, entendeu? Sou do tipo assim, o que tiver na frente estou comendo, não importa se é bom ou se é ruim, ficou na minha frente estou enfiando na boca pra comer (P7)

“Tudo quanto era problema que tinha eu descontava na comida, entendeu? Você está com raiva você come, você está estressada você come, então é uma coisa que sai do seu controle” (P9)

“Descobri uma traição do marido. Ficava o tempo todo triste, sabe, quanto mais estava triste, mais dava vontade de comer (P10)

No comportamento relatado por P8 é possível identificar o fato de que a compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível (American Psychiatric Association, 2013).

“Aí eu esperava minha mãe dormir, porque eu não queria que as outras pessoas me vissem comendo tanto” (P8)

Além disso, foi relatado que a busca de ajuda do grupo se deu após insucesso de tratamento com outros profissionais:

“Então, eu tinha consulta médica com endocrinologista e aí eles viram que não estavam mais dando conta de me ajudar, entendeu? Porque é como a

médica falou: “Já não é mais a minha alçada, entendeu? Eu estava numa situação que eu estava tendo muita crise compulsiva e aí a médica falou que mesmo ela dando vários medicamentos ela não estava conseguindo resultado” (P5)

“Eu fui na nutricionista, ela quem descobriu isso, ela sempre tentando me ajudar, passei para 102 quilos, antes estava com 83 quilos, fui aumentando, aumentando. Falei pra ela que eu tinha crise de compulsão, sinto vontade de comer o tempo todo. Ela me encaminhou pra cá, para o Hospital porque estava ganhando muito peso” (P10)

Assumir o diagnóstico não é fácil, como já salientado, mas é um primeiro passo para o tratamento ter um bom êxito:

“Descobri que tenho distúrbio alimentar. Há pouco tempo, eu consigo entender que eu sou doente, compulsão alimentar é uma doença, não é história pra boi dormir, nem história de princesinha, essas coisas, entendeu? Então se eu não procurar um meio de tratamento, eu vou continuar fazendo as mesmas coisas, mesma rotina”. (P9)

É importante destacar que parece haver uma tendência no fato de que a busca pelo tratamento seja motivada mais para a perda de peso do que para a compulsão em si. Muitas vezes os indivíduos com o transtorno tendem a procurar ajuda quando a compulsão fica evidenciada pelo ganho de peso fora de controle (Dingemans & Van Furth, 2012; Wever et al., 2018).

5.3. Prejuízo no funcionamento profissional

Esta categoria integra as respostas das questões 4, 5 e 6 do roteiro da entrevista. A vida profissional inclui trabalho, estudo e vida financeira. No trabalho, os relatos refletem o ganho de peso adquirido, com limitações que a impedem de trabalhar e até mesmo de ser contratada. Perda de foco e piadinha dos colegas por causa do peso, aparecem associados às vivências escolares. Na vida financeira, além da dificuldade de se manter no emprego e

ter renda própria, aparecem os gastos excessivos de compras com *fast food*. O gasto com medicamentos em decorrência do ganho de peso também foi mencionado.

Quando questionadas sobre como a alteração alimentar afeta o desempenho no trabalho, P7 e P10 disseram que não trabalham no momento, mas oito participantes relataram ser impactadas, sendo que o principal motivo relatado foi não conseguir trabalhar pelas consequências advindas da alteração alimentar, como o ganho de peso, seja pela limitação física decorrente ou vergonha associada:

“Afeta, porque não consigo trabalhar em um serviço que eu tenha de passar o dia inteiro em pé, então me atrapalha muito” (P1)

“Afeta sim, porque inclusive, por causa do peso, estou afastada do trabalho há três anos” (P6)

“Afeta, porque eu tenho vontade de trabalhar, mas eu não tenho coragem de procurar emprego por vergonha né, porque tenho vergonha de sair de casa, das pessoas me verem desse jeito. (P8)

Além disso, uma participante relatou não ter sido contratada por causa de seu peso, ao participar de um processo de seleção em uma empresa:

“Eu deixei de ser contratada por um serviço porque eu era gorda, quando viram meu currículo, muito bom, mas na hora que me viram pessoalmente acharam que eu era gorda. Então me disseram que o meu jeito não era compatível com aquela empresa” (P9)

Como já discutido, o preconceito relacionado ao peso é um desafio vivenciado diariamente por pessoas obesas. A associação da vitalidade associada ao corpo magro e a indisciplina e preguiça vinculadas ao obeso, reforçam o estigma da obesidade. Com menores oportunidades de emprego, fica estabelecido um processo de exclusão profissional, com repercussões pessoais, familiares e sociais (Puhl & Heuer, 2009).

Um outro aspecto aliado ao ganho de peso e que interfere no trabalho é o cansaço e indisposição, evidenciado na fala a seguir:

“Sim, é, cansa mais rápido nas atividades, trabalho muito em pé, fico cansada mais rápido, minhas pernas e meus pés doem muito” (P3)

A sobrecarga decorrente do estresse ou rotina profissional, incluindo horários definidos e dificuldade nas relações interpessoais também apareceram no impacto relacionado ao trabalho:

“Afeta principalmente na parte da ansiedade, porque quando fico muito nervosa no trabalho, ao chegar em casa acabo descontando aquele nervosismo na compulsão. Quando fico mais sobrecarregada de tarefa acaba piorando os sintomas” (P4)

“Afeta, a sobrecarga com as atividades do trabalho alterando os horários das refeições. Fico estressada.” (P5)

“No trabalho às vezes percebo que acontece, por exemplo, se alguém me contrariar, ah você não pode isso, não pode aquilo, eu vou lá e como, entendeu”? (P9)

Os relatos de P4 e P9 evidenciam, conforme já referenciado, que o indivíduo com comportamento de compulsão alimentar utiliza a comida como uma forma de reduzir emoções negativas e regular estado de humor indesejado (Dingemans et al., 2017; McClure et al., 2022; Walenda et al., 2021).

No que diz respeito às vivências escolares, somente as participantes P4 e P5 relataram estudar atualmente e serem afetadas. Um ponto importante a ser ressaltado é a influência do peso nessa condição, pois, embora duas participantes (P6 e P9) tenham dito que não estudam no momento, identificaram o peso como uma condição relevante na interação e relembrou demandas que se fizeram presentes na época:

“No momento não estudo, mas quando estudava atrapalhava por conta de piadinha né, por causa do meu peso, agora não estudo” (P6)

“Não estudo no momento, mas quando eu estudava não afetava porque eu era magra” (P9)

Nesses dois relatos, embora as participantes adotem perspectivas diferentes, observa-se a questão do peso e da valorização da magreza como uma condição ideal de aceitação. Puhl & Heuer (2009) identificaram em seu estudo que estudantes com obesidade enfrentam muitas dificuldades que atrapalham o bom desempenho escolar, entre elas estaria conflito no relacionamento com os colegas da escola devido ao estigma do peso.

A perda de foco, também foi um dos aspectos relacionados ao impacto do transtorno alimentar nos estudos:

“Sim afeta, porque você não consegue focar, eu particularmente não tenho foco nos estudos, quando estou em crise, com a compulsão eu não consigo, mesmo que eu pare, estou lendo um livro, mas eu estou comendo um biscoito, se você me perguntar eu vou te falar do biscoito, mas eu não sei o que eu estava lendo, mesmo você tentando prestar atenção você não consegue focar(P4)

“Sim, às vezes estou querendo estudar só que não consigo porque eu vou pensar em comer, entendeu? E aí eu vou comendo, comendo, aí eu largo o estudo para comer, e aí depois que eu vou comer eu não volto a estudar” (P5)

Como já mencionado, ainda não se sabe ao certo as causas etiológicas ligadas ao transtorno de compulsão alimentar, mas uma das hipóteses associadas seria a busca de um prazer momentâneo que reflete em uma tomada de decisão deficiente, buscando sobretudo uma recompensa imediata (Kessler et al., 2016), conforme observado nos relatos de P4 e P5.

No quesito vida financeira, somente P7 relatou não ser afetada:

“Sou de comer muito o que tem em casa mesmo. Não sou de pegar dinheiro e extrapolar não, nunca fui de fazer isso. Nesse caso, não afeta minha vida financeira” (P7).

Uma participante relatou ser prejudicada por não poder trabalhar e depender dos outros financeiramente para cumprir as orientações dietéticas:

“Afeta, porque preciso fazer a dieta e você tem que estar pedindo e dependendo do outro, não queria” (P10)

Além disso, se manter ativa profissionalmente torna-se um grande desafio:

“Eu abandonei o meu projeto que eu tinha, eu estava começando a vender pudim, essas coisas de confeitaria, eu fazia em casa mesmo e aí eu abandonei tudo por vergonha de mim mesma. Como não tenho coragem de sair de casa, isso automaticamente me fez parar de trabalhar. Tanto é que eu só venho pra cá, só saio de blusa de frio, porque é como se fosse uma capa de segurança pra mim” (P8)

Nesse caso, cabe destacar que a opção de trabalho escolhida é bastante questionável uma vez que o contato direto com estímulos que podem desencadear episódios de compulsão alimentar é um obstáculo adicional, que certamente exigirá além dos seus recursos disponíveis. Inicialmente, a interrupção do trabalho é associada à vergonha de si, mas depois a falta de coragem de sair de casa é a justificativa para parar de trabalhar. Essa visão dicotômica não expressa o real motivo. Provavelmente o desenvolvimento de novas habilidades pessoais que reflitam no funcionamento profissional pode contribuir para um sentimento de capacidade, acolhimento e utilidade. Inclusive, tal alternativa vem sendo trabalhada pela equipe do serviço.

A metáfora do uso da blusa de frio como uma capa de segurança também merece ser discutida. Essa atitude provavelmente tem relação com a insatisfação corporal que é uma característica frequente em indivíduos com transtornos alimentares (Toral, 2016; Smith et al., 2022).

Ainda relacionada à vida financeira, sete participantes relataram serem prejudicadas, especialmente no que se refere a gastos excessivos com *fast food*, buscando sobretudo uma forma de suprir um desconforto emocional, conforme relatos:

“Afeta, porque você não está feliz, está descompensada, você gasta dinheiro demais comprando comida, você compra coisas pra comer além do que deveria comprar, o cartão de crédito vinha uma parte era fast food, entendeu?” (P2)

“Afeta, porque você acaba gastando mais, você quer se recompensar com a comida porque aquilo te dá prazer” (P3)

“Afeta, porque às vezes eu gasto muito com o que eu não deveria comprar, entendeu? No momento da compulsão eu saio comprando um monte de comida, coxinha, salgado, doce. É muito instantâneo. Do nada aparece uma compulsão e eu fico nervosa, aí eu vou lá desconto na comida e depois vem o arrependimento” (P5)

Uma participante denominou como “vício absurdo”, se referindo a seus gastos excessivos com comida:

“Afeta, afeta, porque eu cheguei a gastar demais no cartão de crédito, no dinheiro, pra poder comprar em aplicativo de comida, indo no mercado, qualquer dinheiro que eu tinha em casa, qualquer mesmo, tipo 10/15 reais eu ia no mercadinho comprar, no aplicativo de comida teve mês que eu cheguei a gastar, assim, 800 reais em aplicativo de comida, sabe, é como se fosse um vício absurdo” (P8)

Nesse sentido, segundo a Organização Mundial da Saúde (2019), o vício se refere a um hábito que tende a se repetir e causar prejuízos na vida da pessoa.

O entendimento sobre os determinantes da compulsão alimentar, ainda não foram definidos. No entanto, supõe-se que um dos fatores associados ao comportamento da compulsão alimentar é a desregulação emocional (Appolinario, Kaplan, et al., 2022; Kessler et al., 2016; Kober & Boswell, 2018).

Mesmo não trabalhando atualmente, uma participante relatou se sentir afetada:

“Eu gastava meu dinheiro todo lá no trabalho, comprando coisas pra comer né. Então assim, era um cansaço, uma saída de casa desnecessária, deixava meu filho, pagava creche, o pai dele pagava desnecessário, porque eu acabava que não fazia nada com o que eu ganhava.” (P1)

O transtorno de compulsão alimentar tem impacto negativo no funcionamento do indivíduo acometido, envolvendo problemas no desempenho de papéis sociais, como por exemplo, trabalhar e estudar. A literatura aponta que são altos os custos com transtornos alimentares para o sistema de saúde (Ágh et al., 2016; Streatfeild et al., 2021; Tannous et al., 2021) no entanto, ainda são escassos no que diz respeito em como o transtorno prejudica a vida financeira do indivíduo.

5.4. Prejuízo no funcionamento social

Esta categoria inclui também as atividades de lazer. A recusa à interação social aparece como principal relato, justificado pelo receio do julgamento das pessoas por causa do peso, ao medo de perder controle e sair da dieta.

Apenas P1 e P10 não relataram serem impactadas no funcionamento social. As demais informaram:

“O lazer sofre bastante porque à medida que eu fui engordando bastante, que eu fui é comendo mais, tendo um transtorno alimentar, então eu mesma fui me isolando mais, fui evitando sair, evitando estar com mais pessoas, evitando interação social, então isso faz com que a gente sofra bastante, então a gente acaba não tendo tanto esse convívio social” (P2)

A roupa aparece como uma das justificativas de recusa à interação:

“Sim, afeta. Porque você já não está se sentindo bem, então qualquer convite para sair você recusa, porque vem aquela questão da roupa, você nunca tem uma roupa pra sair, nunca tá se sentindo bem pra sair, então assim, normalmente você sempre recusa os convites, quando eles aparecem” (P3)

“Vou numa loja comprar roupa, mas aquela roupa não dá para você, entendeu? Aí acaba que roupa pra gordinho é muito mais cara e não é o estilo que você quer. Então assim, o gordinho tem que usar essa roupa aqui, mas aquela roupa o tecido não é de boa qualidade, não tem desenho, não tem estrutura, é como se fosse um saco, entrou ali dentro e acabou” (P9)

O peso aparece tanto pela dificuldade de locomoção, como pelo medo de sofrer julgamento das pessoas:

“Afeta, se eu for pra um lugar que tiver que andar muito ou subir escada, eu não consigo, eu fico muito cansada. Várias vezes recusei, me sentia um monstro porque eu era a mais gorda do lugar, então pra mim estava todo mundo me olhando, sabe, nossa fulana está gorda, aí eu me sentia mal “(P6)

“Pela alteração alimentar não, pelos comentários dizendo, nossa como você está gorda, sim. Não preciso ouvir isso (P9)

“Acabo ouvindo muitas ofensas por conta do peso. Hoje em dia eu fico sendo confundida com uma pessoa grávida, entendeu? Ah, você tá grávida? Passo por esses constrangimentos por ser gorda e estar acima do peso” (P2)

Para Vandereycken e Van Humbeeck (2008) comentários a respeito da alimentação ou do peso reforçam uma postura defensiva e resulta em resistência para estar com outras pessoas. Nesse caso, o indivíduo se encontra diante de um ciclo iniciado com o comer excessivo, seguido do ganho de peso, prosseguindo com o comportamento de evitação do contato social por medo do julgamento em relação ao peso que resulta em ansiedade e exacerbação da compulsão.

Duas participantes relataram serem muito afetadas por verem as pessoas comendo aquilo que elas não podem e pelo medo de perder o controle com a comida. Por isso, muitas vezes recusam os convites:

“Sofre, porque tipo assim, quando saio, eu vejo todo mundo comendo isso ou aquilo, e eu penso, poxa, por que que eu também não posso? Então eu vou lá e como. Porque tipo assim, eu quero estar junto, eu os vejo naquele prazer, por que que eu também não posso ter? Por mais que eu saiba que faz mal pra mim, que eu não posso, mas eu penso assim, eu quero ter esse prazer momentâneo então eu vou me dar. Algumas vezes já cheguei a recusar a comida, mas é por isso que na maioria das vezes eu recuso o convite e não vou, não quero, porque senão, eu sei que “eu vou pecar” entendeu? (P7)

“Afeta, porque tem um mês atrás eu estava bem certinha na dieta e aí me chamaram pra beber e comer churrasco na casa de uma amiga minha. Eu acabei não indo porque eu fiquei assim, se eu for lá e comer, mesmo que seja pouco eu não vou aguentar, vou beber muito, às vezes posso até virar a noite e vamos supor, saio daquele cronograma(planejamento) que eu tinha né, aí acabo falando: - quer saber, já que eu comi e bebi hoje desanda tudo de vez, entendeu? Aí eu fico pensando aquilo e acabo não indo” (P5)

O convívio social implica tanto em comportamentos de comparação quanto em sofrer a influência de outras pessoas. A sensação de injustiça favorece a permissão para o comportamento que está sendo monitorado e, ainda que a pessoa identifique tratar-se de um prazer momentâneo, ela não resiste. Inclusive, a ideia de pecado não pode passar despercebida. A noção “tudo ou nada” também é uma dificuldade que precisa ser trabalhada nos casos de compulsão alimentar.

Uma participante descreveu em porcentagem o quanto tem dificuldade nessa área da vida, quando perguntada se já desmarcou compromissos sociais por causa da alteração alimentar:

“Inúmeras vezes, inúmeras, tipo assim, acho que em porcentagem uns 70% das vezes mais ou menos, a maioria dos motivos é por isso, sabe. Por conta dessa alteração alimentar, tenho muita dificuldade com isso” (P8)

É importante refletir sobre as justificativas apresentadas pelas duas participantes que disseram não se sentir prejudicadas no funcionamento social pela compulsão alimentar. P1 descreveu que os episódios aconteciam em maior número quando estava sozinha. Já P10, afirma que *“Algumas pessoas são meio inconvenientes, mas não me afeta”*. No caso de P1, a negativa pode estar associada a uma crença distorcida de que aquilo que não é presenciado, não é percebido. Nesse sentido, os episódios de compulsão alimentar ocorrem em segredo, de forma discreta.

Quando junto a outras pessoas, estratégias tendem a ser utilizadas como uma forma de ocultar ou negar o transtorno (American Psychiatric Association, 2013; Vandereycken & van Humbeeck, 2008). Em outro contexto, ao responder o domínio Vida Social na Escala

de Incapacidade de Sheehan, P10 pontuou o escore máximo, correspondente a um prejuízo grave. O fato de o preenchimento da Escala ter sido realizado sem a presença da pesquisadora pode ter viabilizado uma resposta mais fidedigna.

Para Mond et al. (2007) e Linardon (2016) a vida social é uma das áreas que sofre muito impacto em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar. A supervalorização do peso e da forma física tendem a aparecer como fatores que contribuem para redução da vida social.

5.5. Prejuízo no funcionamento familiar

Para análise desta categoria foram reunidas as respostas das perguntas 2 e 8 do roteiro da entrevista. As perguntas exploraram como a alteração alimentar interfere no âmbito familiar, assim como nas atividades diárias.

Ao serem perguntadas se a alteração alimentar interfere no funcionamento familiar, sete participantes relataram ser impactadas. Os principais relatos incluem cobrança e piadinhas de familiares em relação ao corpo, peso e quantidade de comida no prato, conforme relatos.

“Já me deixou muito chateada, é muita cobrança no sentido de, por exemplo, a cobrança de emagrecer, aquela cobrança, pressão de que não vou conseguir ter um relacionamento, porque ninguém vai querer se relacionar com uma pessoa gorda, que eu não vou conseguir casar, não vou conseguir ter filhos porque estou acima do peso e isso interfere, porque eu deveria fazer uma bariátrica porque é melhor ser uma pessoa flácida do que ser uma pessoa gorda” (P2)

“Com relação a familiares e amigos tem as piadinhas sem graça que as pessoas acham que não ofendem, mas ofende, acham que não machuca” (P3)

“Sofro com os comentários, tipo, aquela roupa não dá pra ti. Eu já chorei por isso” (P10)

“Eu tenho um primo que ele é “gordofóbico”, ele sempre me chamou de obesa mórbida, ele comentava em todas as minhas fotos que eu era gorda, feia, que eu não tenho jeito, colocou meu número em agência de emagrecimento pra ficarem me mandando mensagens no WhatsApp, ou seja, ele virou praticamente um stalker na minha vida, entendeu? Nossa, desde criança ele faz isso comigo, desde criança e eu não entendo por que dele fazer isso. Ele fazia contas fakes e ficava comentando nas minhas fotos nas redes sociais, me chamando de um monte de coisa, bem gordofóbico comigo, muito sabe? Nossa, esse foi um dos maiores constrangimentos que eu já passei na minha vida”
(P7)

Como já destacado, Vandereycken & Van Humbeeck (2008) ressaltam que críticas em relação à alimentação, peso ou forma corporal reforçam uma postura defensiva resultando em evitação de contato. O fato de as críticas serem feitas por familiares pode ter uma repercussão maior no comportamento de evitação pela probabilidade de uma exposição mais frequente aos comentários depreciativos. Um ponto relevante é que as vivências associadas ao peso podem interferir na autoimagem, com implicações no desempenho e autorizações para realizar tarefas de desenvolvimento. Puhl e Heuer (2009) enfatizaram em seu estudo de revisão que mulheres com sobrepeso e obesas sofreram com a estigmatização do peso advindas de familiares, relatando serem estigmatizadas por pais, irmãos, filhos, entre outros.

A relação com a mãe apareceu em destaque na fala de duas participantes que relataram sofrer com palavras desqualificadoras da genitora:

“Minha mãe sempre tem umas palavras que às vezes é muito pesada, entendeu? Por exemplo, eu tenho que trabalhar com essa bota, aí ontem tirei ela, aí ela pegou e falou assim, depois quando você emagrecer você vai ver como você esticou seu pé com essa bota, tipo assim, por que, entendeu? Por que ela falou que meu pé estava largo, uma palavra que ela fala aí já me deixa totalmente pensando naquilo, entendeu? Aí tipo, tem a gordura aqui das costas, ela chama de pão, aí ela fala seu pão tá grande, não sei o que está

grande, aí eu fico com aquilo na minha cabeça, entendeu? Me prejudica bastante (P5)

“Às vezes minha mãe fala assim, você não é um saco de lixo, você não tem um saco de lixo no seu estômago, você precisa ter cuidado, você tem um estômago e não um saco de lixo. Me sinto constrangida com isso, porque acabo comendo o que não devo” (P6)

O impacto das avaliações feitas pelas mães é destacado tanto por P5 quanto por P6. Chama atenção o fato de que a primeira tem 26 anos e a segunda, 48, ou seja, independente de idade não é desconsiderada a importância atribuída aos comentários maternos. Lazzarini (2013) ao abordar o papel da mãe, por uma perspectiva psicanalítica, ressalta que:

“o obeso pode ser aquele em que, por alguma razão, houve uma falha no estabelecimento da função especular. Um “olhar” que poderia ter auxiliado na formação de uma base psíquica mais consistente em relação ao seu mundo emocional, e que tivesse lhe dado a segurança de uma imagem mais sólida” (p. 47)

De certa forma, parece que o excesso de peso acaba sendo um fracasso compartilhado por mãe e filha, ainda que atribuído somente à filha. Por outro lado, embora quatro participantes tenham relatado ter filhos, apenas P6 fez referência à filha na entrevista, relatando que ela percebe quando a mãe está comendo compulsivamente.

“A minha filha fala: - Mãe o que a senhora tem? Eu respondo por que? Porque a senhora está muito ansiosa, o que está acontecendo? A senhora está comendo assim, por que? Aí que me toco que estou comendo por ansiedade, não consigo parar”

Também não foram citados os maridos pelas quatro participantes casadas, ou melhor, a influência deles no funcionamento familiar ou mesmo nas atividades diárias. A ausência de menção aos filhos e aos maridos pode refletir, em algum grau, uma postura muito autocentrada nas próprias dificuldades ou um afastamento interpessoal.

A refeição em família, situação muito valorizada como um componente da vida familiar, também pode ser prejudicada pelo tipo de comida disponibilizada:

“As refeições da minha família geralmente são com muita gordura, eles comem muito negócio de porco, aquele toucinho, aquelas coisas, aí eu já não

posso comer, só que aí eu fico querendo comer, aí nossa, fica uma confusão danada, às vezes não como, aí quando eu como, me sinto culpada, porque não era pra mim estar comendo aquilo, fico frustrada comigo mesmo, entendeu”?
(P5)

Estudos sobre adesão evidenciam a importância do apoio familiar para a superação de questões alimentares. O foco não pode ser apenas na pessoa com o transtorno, mas deve envolver os hábitos alimentares familiares de forma a minimizar uma variável que interfere diretamente na evolução do tratamento.

Além disso, uma participante diz se sentir constrangida com os familiares que ficam olhando e vigiando a quantidade de comida no seu prato:

“Sempre tem aqueles fiscais de prato né, esse é até um dos motivos pelo qual prefiro me esconder, porque eu sinto que onde eu vou que as pessoas me conhecem, que eu sento pra comer, as pessoas ficam olhando pra o que estou comendo, sabe, olham pra mim e olham para o que estou comendo, então isso sempre interfere, nossa, já ouvi coisas assim, nossa você vai comer tudo isso? Pra que comer tudo isso? E é por isso que na outra resposta eu falei que às vezes eu tenho que fingir que como menos pra evitar escutar esse tipo de coisa”
(P8)

Como já visto, evitar comer junto com outras pessoas, utilizar meios de fingir já ter comido ou comer menos do que é habitual são estratégias para não ter que revelar um transtorno alimentar (Vandereycken & van Humbeeck 2008).

Daidsen et al. (2017), Vall e Wade (2015) e Vandereycken e Van Humbeeck (2008) destacam que a família tem um papel fundamental no funcionamento interpessoal do indivíduo. Nesse sentido, os conflitos e as críticas relacionadas ao peso e ao corpo podem contribuir para ocultação do transtorno e retardar a busca de uma ajuda profissional. Por outro lado, as refeições em família podem fornecer indícios de um transtorno alimentar. Tal identificação favoreceria uma intervenção mais precoce.

Quando questionadas sobre como a alteração alimentar interfere em suas atividades diárias, o ganho de peso e o cansaço decorrentes aparecem como os fatores que contribuem

para diminuir a disposição e desempenho de atividades de oito participantes (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8 e P9):

“Sim, interfere bastante pra fazer minhas atividades normais do dia- a- dia, né, onde me sinto mais cansada, é aonde eu desregulo minha pressão, tudo né, muitas vezes até as medicações tem que ser alterada, modificada, e se eu melhora minha alimentação, eu melhora o que como, melhora o transtorno, minha saúde, e meu dia a dia” (P2)

“Quando você está obesa você não consegue fazer as coisas com a mesma habilidade que você fazia antes, você não tem a mesma disposição” (P3)

“Sim, porque sinto muita dor na lombar, faço as coisas sentada, não consigo fazer direto, faço aos poucos né, me sinto cansada” (P6)

“Você acaba que diminui o seu ritmo, entendeu? Você limita muitas coisas que você poderia fazer durante o dia, você se sente mais cansada, seu serviço não rende, entendeu? Você não está com disposição, você acaba que se boicota sem perceber, mas não é que você queira, é porque você está cansada, o seu corpo ele não consegue acompanhar a sua linha de raciocínio, a sua mente, a sua rotina” (P8)

Nesse aspecto, Mitchell (2016) e Olguin et al. (2017) destacam que uma vez que a compulsão alimentar está associada à obesidade, indivíduos com o transtorno apresentam consequências de saúde para uma série de condições médicas, como hipertensão e diabetes, e um conjunto de sintomas relacionados a dores, causando sofrimento psicológico e um comprometimento funcional relevante no cotidiano da pessoa.

Além disso, P1 relatou ser muito impactada em suas atividades diárias, como pode ser observado no relato a seguir:

“No ônibus, hoje não rodo mais no ônibus, e na roleta, então tenho que ficar na frente ou pedir para o motorista abrir a parte de trás e isso gera constrangimento, e aí eu evito, andar de ônibus, evito” (P1)

O fato de não poder fazer uso de um transporte público limita a permanência da pessoa em um local ou a torna dependente de outras. A falta de mobilidade repercute nas alternativas disponíveis para interação com familiares e funcionamento diário.

5.6. Experiência na pandemia de covid-19

Nesta categoria, as participantes relataram as suas experiências com a compulsão alimentar na pandemia de covid-19 frente ao isolamento social. As cinco participantes que ficaram em isolamento (P1, P6, P7, P8 e P10) descreveram a pandemia como a pior fase para o transtorno. Entre os principais relatos observa-se que houve aumento da ansiedade e dos episódios de compulsão alimentar, incluindo a perda de controle, assim como aumento de peso. A associação de piora dos sintomas com a morte de familiares pela covid-19, também foi mencionada:

“Acho que foi a pior fase, porque foi a fase que mais tive crise de ansiedade né, que mais desencadeei e eu tive muito tempo isolada, meu esposo saía para trabalhar, e eu ficava muito mais tempo sozinha e então ficava mais tempo tendo compulsão, comendo mais, foi uma fase muito difícil, muito difícil, muitas e muitas crises mesmo de ansiedade. Os sintomas pioraram nessa época.” (P1)

“Olha foi muito difícil, só nesse período eu engordei 26 quilos, em 2020 estava com 120 quilos, cheguei a 146 quilos, nesse período do isolamento eu engordei muito, fiquei muito ansiosa, então eu comia pra aliviar minha ansiedade. Os sintomas da compulsão alteraram muito” (P6)

“Nossa, eu fiquei descontrolada, eu comia, comia, comia muito, muito mesmo, pratadas de arroz, comprava hambúrguer praticamente todos os dias. Então eu estava comendo bem compulsivamente, eu cheguei a pesar meu maior peso, 108 quilos. Sintomas pioraram nesse período” (P7)

“Olha foi a pior de todas, assim, sabe, porque era ali eu lidando diretamente com aquilo, eu não tinha pra onde correr, eu seguia muito à risca, tudo, ficava muito em casa, então eu não tinha nada pra fazer, eu não tinha pra onde correr, e meu único refúgio foi realmente a comida, sabe, era meu único

acalento, eu usei a comida como uma arma, eu achava que era a meu favor, mas não era né, é algo que acabou me prejudicando, mas foi a pior experiência com a pandemia, foi muito prejudicial, foi muito complicado” (P8)

“Minha irmã pegou covid, ela tinha o mesmo problema que eu “insuficiência cardíaca”. Minha irmã se foi. Deus a levou, sofri, até hoje eu sofro. Na época eu achei que ia mudar, mas não mudei, passei a comer mais, sintomas pioraram nessa época, fiquei muito ansiosa por causa dela” (P10)

A pesquisa de Devoe et al. (2022) identificou que fatores como o isolamento, mudanças na rotina, redução do acesso a cuidados e tratamento de saúde, contaminação, ganho de peso, entre outros fatores contribuíram para piora dos transtornos alimentares. Giel et al. (2021) destacam que para indivíduos com transtornos alimentares pré-existentes, como a compulsão alimentar, a pandemia de covid-19 influenciou no aumento da frequência de compulsão alimentar. Klump et al. (2022) identificaram que a pandemia de covid-19, juntamente com outros estressores vivenciados, também influenciaram no aumento do comportamento da compulsão alimentar em mulheres. Outros estudos evidenciaram a influência no comer emocional (Al-Musharaf, 2020; Carpio-Arias et al., 2022; Cecchetto et al., 2021).

Quatro participantes (P2, P3, P5 e P9) que mantiveram suas atividades habituais não relataram influência da pandemia de covid-19 nos sintomas do transtorno. Ao contrário, observou-se nos relatos uma associação positiva entre o trabalho, as consultas no ambulatório e não ter ficado em isolamento como forma de controle dos sintomas.

“Em relação à pandemia, graças a Deus, eu não tive piora, muito pelo contrário, tive uma melhora. Porque eu comecei o tratamento, com essa parte de compulsão alimentar, nesse período. Além disso, comecei a trabalhar também, então meio que ajudou, fiquei em isolamento no início da pandemia, mas logo depois eu comecei a trabalhar. Por incrível que pareça eu não tive período de engordamento, pelo contrário, eu perdi peso, perdi uns 15 quilos nesse período de pandemia “(P2)

“Não fiquei em isolamento porque estava trabalhando, não percebi piora nos sintomas porque trabalhei o tempo todo, não fiquei em casa, em isolamento. Talvez se eu tivesse ficado em casa, teria sido bem pior” (P3)

“Então, eu não pude ficar em isolamento por causa do serviço, então eu não senti muito, não afetou muito a minha vida, entendeu? Em nenhum momento eu fiquei em isolamento, eu tive que trabalhar todos os dias” (P5)

“Continuei trabalhando, então eu não vi muito, por eu ter veículo então pra mim ficou muito mais fácil, na verdade a minha rotina ela não saiu, eu só não podia fazer exercícios ir pra academia fazer essas coisas, não podia, mas fora isso, não. Mas eu tinha estresse, acabava que comia, mas dizer que piorou não, porque foi uma coisa que ainda deu pra controlar” (P9)

Mesmo não estando em isolamento, uma das participantes teve dificuldades na pandemia:

O que me controlou mais foram as minhas consultas que eu já fazia acompanhamento com a doutora, então eu consegui manter, não completamente, mas eu tentei manter o máximo de controle, mas a gente escorregou na batatinha. Sintomas pioraram não tanto como estava antes, porque estava em acompanhamento” (P4)

Os resultados evidenciam que a influência do isolamento social na compulsão alimentar foi mais significativa do que a situação de emergência de saúde pública nacional propriamente dita. Pacientes que já estavam em acompanhamento, também realçaram a importância desse apoio para o controle dos sintomas.

5.7. Estratégias utilizadas para lidar com o transtorno

Oito das 10 participantes disseram ter estratégias para lidar com a compulsão alimentar. Apenas duas (P3 e P6) ainda não desenvolveram uma estratégia.

“Tento mudar os pensamentos, direcionar o pensamento para outra direção, comer alimentos mais difíceis de mastigar para não comer rápido e comer menos quantidade. Preferir alimentos que eu tenha que preparar, porque

enquanto estou preparando, estou pensando o que está acontecendo, processando aquilo ali né, o que aconteceu, porque que aconteceu, na hora que estou comendo, estou prestando bastante atenção, mastigando bastante e aí tento isso” (P1)

“Tento desfocar dela, por exemplo, quando vejo que estou começando a entrar em alguma coisa assim, aí eu tento fazer outra coisa. Por exemplo, quando vejo que estou indo pra cozinha pra comer alguma coisa, aí eu saio, vou brincar com os cachorros, ou então eu pego vou para o quarto pra assistir uma série, tento desfocar” (P4)

“Às vezes consigo, às vezes eu saio de casa, eu moro em um prédio, aí eu desço, fico na área de lazer, ou às vezes eu fico com meu gato, foi uma estratégia boa, eu adotei um gato, e aí fico brincando com ele ali, entendeu”? (P5)

“Uma estratégia que utilizo pra não comer é dormir, quando eu estou dormindo não sinto fome” (P7)

“Gosto de ler, gosto de estudar e bebo água, busco coisas desafiadoras, que mudam o meu foco da comida” (P9)

“Gosto de colocar música para trabalhar, bebo água, às vezes como salada, gosto muito. Às vezes vou conversar com pessoas que eu goste e nisso vou me distrair e rindo” (P10)

Utilizar estratégias adaptativas contribui para lidar com o estressor de uma maneira mais funcional no dia a dia (Litman, 2006). O uso de estratégias evitativas ou distrativas, como as citadas, pode favorecer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as emoções de forma mais adaptativa, o que pode ser bastante efetivo uma vez que a dificuldade de regulação emocional foi identificada em mulheres adultas com transtorno da compulsão alimentar (McClure et al., 2022; Walenda et al., 2021).

Neste relato, a participante buscou sobretudo estratégias para minimizar os gastos financeiros:

“Eu quebrei meu cartão, aí parei de ir ao mercadinho, aí depois eu pedia muita comida pelo aplicativo, eu excluí os aplicativos, e fui vendo uma diferença

muito grande também. Eu tenho evitado comprar, tenho comido as refeições, colocado uma salada, enfim, essas coisas pra ajudar na saciedade também, bebido mais água, adotado essas estratégias, têm dado muito certo” (P8)

Apesar de usar estratégias pessoais, uma participante relata que precisa de auxílio de medicamento para lidar de forma mais apropriada com os sintomas

“Olha eu tenho auxílio de medicamento, não tem como fazer isso sozinho, então tenho auxílio de medicamento para diminuir a compulsão, e tem atividade física que ajuda também, procuro fazer coisas no meu dia- a- dia que me dê mais tranquilidade, que me traga mais leveza, pra eu não ficar tão estressada, porque é onde eu desconto mais na alimentação, então eu procuro não ficar tão estressada, procuro trabalhar mais a minha mente, tento respirar melhor, tento, sabe assim ir fazendo uns exercícios mentais né”? (P2)

A descrição do uso combinado de diferentes recursos, inclusive medicamentoso, como apoio para lidar com a compulsão reforça a complexidade do tratamento e a necessidade de reconhecimento da dificuldade de uma pessoa, de forma isolada, ultrapassar essas dificuldades. Nesse sentido, o olhar ampliado de uma equipe multiprofissional permite a identificação de objetivos mais realistas e dos apoios necessários para sua consecução.

A falta de planejamento ou de uma estratégia adequada para lidar com a compulsão alimentar pode repercutir de forma negativa em domínios diferentes da vida das pessoas. Muitas vezes, leva-se um tempo para se perceber que a possibilidade de mudança existe e está associada a uma forma de se posicionar e estar no mundo:

“Afeta muito, primeiro porque você sai, você já pensa onde comer e o que vai comer, você acaba gastando mais, comendo besteira fora de casa, do que se alimentar corretamente ou seguindo né, a dieta “(P4)

“Em um momento eu virei pra ele e falei assim, o mais engraçado é que eu posso ser gorda, mas isso eu posso mudar, agora a sua falta de caráter, é uma

coisa que nunca vai mudar. Atualmente ele não está fazendo isso, porque tive uma grande conversa com ele (P7)

É essencial que profissionais da saúde se atentem a identificar em pacientes, e em familiares, estratégias de enfrentamento funcionais, visto que tanto um transtorno mental quanto uma doença crônica, trazem implicações médicas, psicológicas e sociais relevantes, que demandam dos acometidos esforços que muitas vezes estão além das suas possibilidades (Pompeo et al., 2016; Seidl, 2005).

5.8. Sensações associadas ao comer compulsivo

Nesta categoria foi possível perceber com maior profundidade a experiência pessoal com a compulsão alimentar, incluindo a sensação de antes, durante e após os episódios, como visto a seguir:

Durante é uma sensação muito boa, mas depois, é uma sensação triste pelo que passou (P1)

“Antes, você sente fome, mesmo que não seja fome, durante é uma sensação boa, de conforto e prazer, depois é o peso na consciência, porque você sabe que você não estava com fome” (P2)

“Antes é ansiedade, durante é prazer e depois é tristeza” (P3)

“Antes, sei que estou ansiosa né, durante, dá aquela sensação de alívio e depois é culpa” (P4)

“Antes dá um desespero, eu fico muito agoniada, às vezes estressada, fico coçando a cabeça, o corpo quer comer, mas a minha mente está falando não, só que acabo comendo às vezes. Durante está satisfatório né, só que depois, eu sinto que fiquei inchada, na mesma hora, com ânsia de vômito e aí eu já fico triste, arrependida, começo a me culpar, sentimento de culpa é muito grande” (P5)

“Antes tenho expectativa, durante é prazeroso e depois me bate arrependimento” (P6)

“Antes eu tenho a sensação de muita, muita ansiedade, preciso comer se não eu vou explodir e me acabar. Aí enquanto estou comendo é como se nada importasse, as coisas ao meu redor não importassem, só o que importa é aquele momento que estou comendo, depois que passa eu sinto vontade assim, de morrer, porque eu me sinto extremamente cheia, eu não consigo vomitar, já tentei diversas vezes, então eu fico deprimida” (P7)

“Antes é uma ansiedade muito grande, eu sinto que se eu não comer, eu vou enlouquecer, eu fico muito agoniada, e fico colocando na minha cabeça assim, que só essa vez não tem problema, quando estou comendo é uma sensação de prazer muito grande, vai chegando no final vai começando a bater aquela sensação de culpa e aí muitas vezes eu chego a terminar de comer chorando, começar a me xingar, chegou a ter momentos de eu começar a me bater, enfim, de tão frustrada que eu fiquei” (P8)

A participante finaliza afirmando vivenciar duas extremidades totalmente opostas

“Porque é uma coisa que você está morrendo de vontade de comer e depois que você come, você quer morrer porque você comeu, basicamente isso” (P8)

“Eu como com raiva, depois vem o prazer e depois vem arrependimento” (P9)

“Antes eu queria comer e depois era como se eu tivesse arrependida e queria vomitar, me sentia muito cheia e ficava arrependida” (P10)

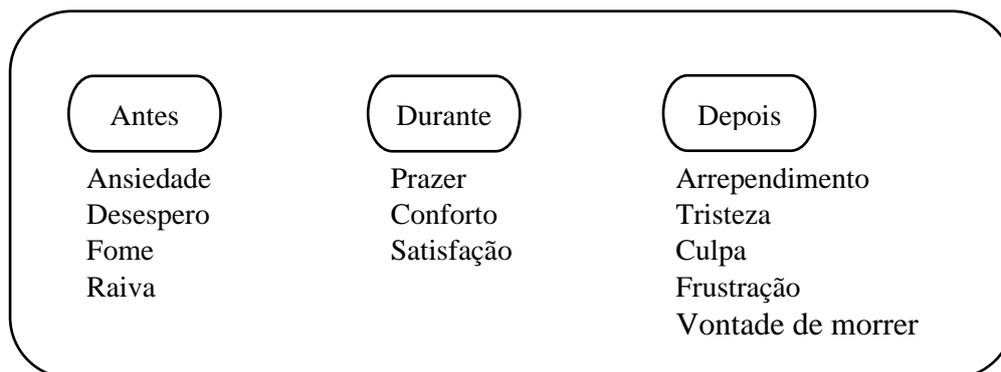
O antes está relacionado a ansiedade, desespero, fome e raiva. O durante esteve associado com prazer, conforto e satisfação. Já o depois remete a arrependimento, tristeza, culpa, frustração e vontade de morrer. Chama muita atenção o momento que P9 descreve que o “o arrependimento é pior do que o prazer e a compulsão, é uma coisa que você não consegue controlar.”

A falta de controle parece ser uma variável crítica no processo, comum a todas, reforçando a necessidade de incluir no tratamento espaços para discussão de estratégias

para lidar de maneira mais efetiva com os aspectos emocionais associados a todo o processo do comer: antes, durante e depois. A Figura 2 apresenta a caracterização do comer compulsivo, conforme relato das participantes.

Figura 2

Sensações associadas ao comer compulsivo



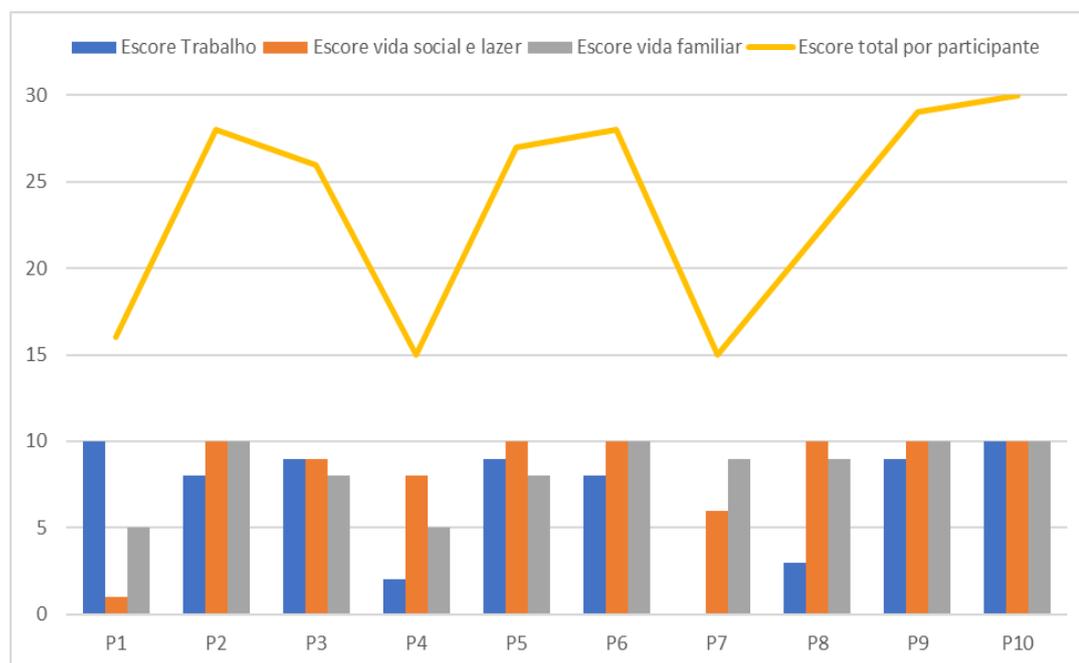
5.9. Comprometimento funcional

A Tabela 2 apresenta o comprometimento funcional avaliado a partir do escore relativo ao prejuízo decorrente do transtorno alimentar na vida das participantes, em relação ao trabalho, vida social e vida familiar, conforme a Escala de Incapacidade de Sheehan, bem como o escore total por participante. Também são apresentadas a média, mediana e desvio padrão por domínio e pelo escore total.

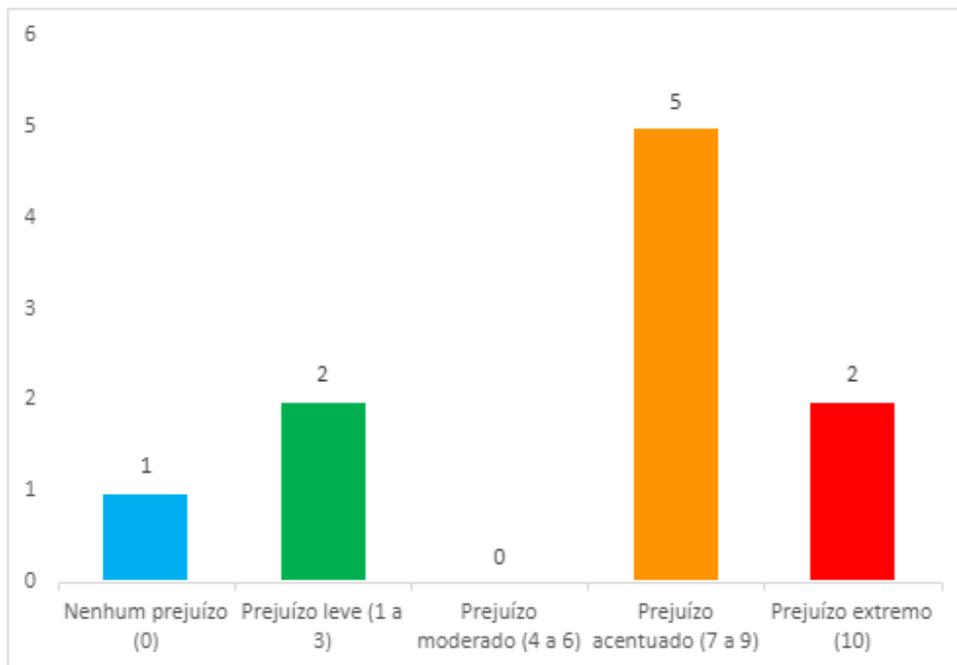
Tabela 2*Escore por domínios e escore total na Escala de Incapacidade de Sheehan*

Participante	Escore Trabalho	Escore Vida Social	Escore Vida Familiar	Escore total
P1	10	1	5	16
P2	8	10	10	28
P3	9	9	8	26
P4	2	8	5	15
P5	9	10	8	27
P6	8	10	10	28
P7	0	6	9	15
P8	3	10	9	22
P9	9	10	10	29
P10	10	10	10	30
Mediana	8,5	10	9	26,5
Média	6,8	8,4	8,4	23,6
Desvio Padrão	3,7	2,9	2,0	6,1

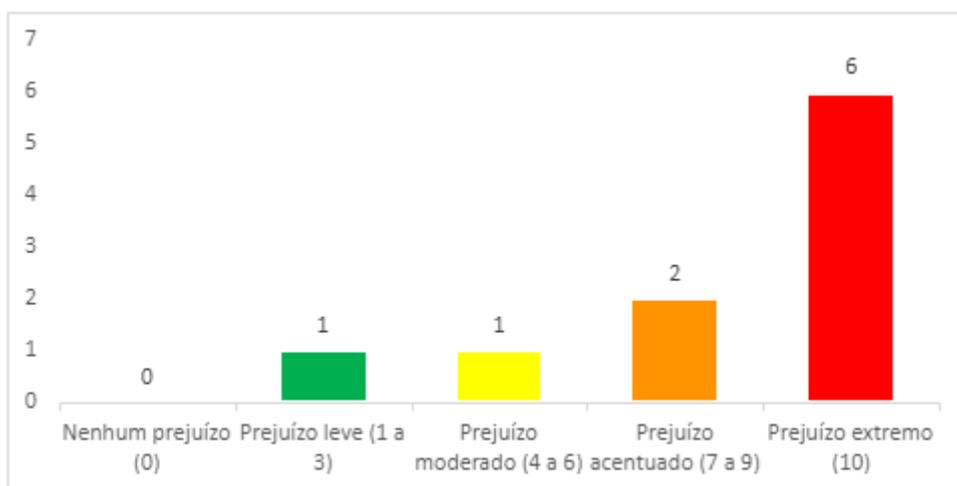
De modo geral, as participantes apresentaram prejuízo funcional nos três domínios da SDS, considerando tanto os escores totais (que variou de 15 a 30), quanto a média e medianas por domínio. A existência de *outliers* pode ter comprometido a média, especialmente nos domínios trabalho e vida social (Figura 3). No estudo de Appolinario, Sichieri et al. (2022) que investigou o comprometimento funcional e outras características associadas em adultos com transtornos alimentares, a média para o domínio trabalho foi 6,2; para o domínio vida social, 7,1; e vida familiar, 6,7.

Figura 3*Escore por domínios e escore total por participantes*

No que se refere ao domínio de trabalho, cinco participantes informaram prejuízo acentuado nessa área e duas, prejuízo extremo (Figura 4). Chama muita atenção o fato das participantes P4 e P8 terem pontuado prejuízo leve na área de trabalho e terem relatado na entrevista que são impactadas nessa área. Uma possível explicação para essa incongruência poderia ser o fato de a escala perguntar se: “Os sintomas têm interrompido suas atividades” indicando algo que está acontecendo no momento presente. Nesse sentido, P4 relatou prejuízo quando fica sobrecarregada no trabalho. Já P8 relatou que embora não esteja trabalhando nem estudando se sente afetada porque parou de trabalhar e não estuda por conta dos sintomas. Ainda que a Escala defina um período temporal para avaliação e escolha das respostas, foram encontrados estudos que definiram tempos diferentes (uma semana Appolinario, 2022; duas semanas Davidsen, 2017 e um mês Pawaskar, 2017). No presente estudo, a recomendação às participantes foi para avaliar o último mês.

Figura 4*Escore trabalho*

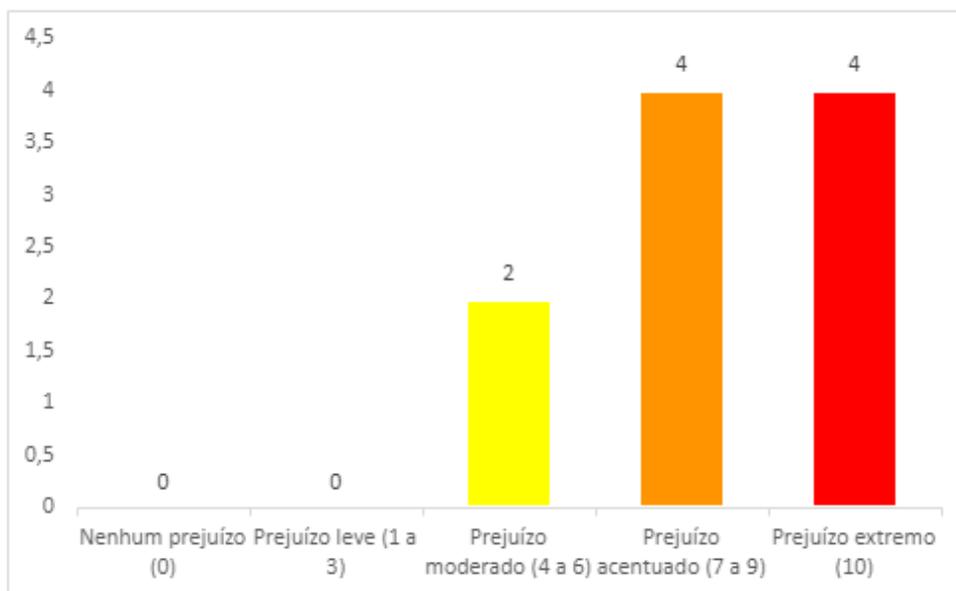
No que tange à vida social, seis participantes informaram prejuízo extremo (10) e duas, prejuízo acentuado (7-9), conforme Figura 5. P1 informou prejuízo leve na Escala o que pode ser explicado com o relatado no momento da entrevista uma vez que não tem episódios de compulsão quando está acompanhada de outras pessoas, apenas sozinha.

Figura 5*Escore Vida Social*

Em relação à vida familiar, quatro participantes pontuaram de forma compatível com prejuízo acentuado e quatro com prejuízo extremo (Figura 6). Tais respostas provavelmente refletem os conflitos interpessoais relacionados ao peso e forma corporal listados pelas participantes nas entrevistas.

Figura 6

Escore vida familiar



Em 1996, Sheehan tinha como proposta para análise dos escores um agrupamento em apenas três níveis (0 a 3, leve; 4 a 6, moderado e 7 a 10, grave). Se considerado esse modo de análise, o número de participantes com prejuízo grave nos domínios social e familiar seria o mesmo (8). Contudo, pela nova forma de pontuação (Sheehan, 2008), nesta amostra o prejuízo na área social (6 participantes) é maior do que na familiar (4). Esses dados corroboram os da literatura que apontam que a vida social é um dos domínios que apresentam comprometimento mais acentuado, quando avaliada pela SDS em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar (Kessler et al., 2013; Pawaskar et al., 2017; Yee et al., 2021). O prejuízo maior evidenciado no funcionamento social pode estar associado a uma característica que é bastante presente nos transtornos alimentares e especificamente no transtorno de compulsão alimentar, onde indivíduos com o transtorno geralmente

tentam ocultar os sintomas evitando contato social, principalmente quando envolve comida (American Psychiatric Association, 2013; Vandereycken & Van Humbeeck, 2008).

CAPÍTULO 6

Considerações finais

O presente capítulo sintetiza os principais resultados da pesquisa. Além disso são apresentadas as limitações, propostas de estudos futuros e avaliação da pesquisadora sobre o trabalho realizado.

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar as implicações da compulsão alimentar no funcionamento profissional, social e familiar de mulheres com o diagnóstico de compulsão alimentar e contou com a participação de 10 mulheres acompanhadas por equipe multiprofissional em serviço especializado público do Distrito Federal.

O perfil sociodemográfico das participantes pode ser caracterizado por ser predominantemente formado por pretas e pardas (8), solteiras (6), sem filhos (6), com ensino médio completo (4) e superior (5), desempregadas (6), com renda de até dois salários-mínimos (6) e com comorbidades, sendo, a obesidade, depressão e ansiedade as mais mencionadas.

Em relação ao histórico do transtorno alimentar, foi possível identificar que a evolução envolveu sobrepeso/obesidade iniciado desde a infância, aliado a quadros emocionais como depressão e ansiedade, evidenciando que a busca de ajuda se deu a partir da tentativa frustrada de tratamento com outros profissionais, sendo a demanda principal o sobrepeso.

Em relação às implicações da compulsão alimentar no funcionamento profissional, social e familiar, foi possível identificar nos relatos das participantes que o ganho de peso adquirido na alteração alimentar é um forte componente que limita a busca de um trabalho ou ter um bom desempenho no mesmo. As participantes relataram perda de foco para se referirem ao prejuízo nos estudos, e embora a maioria não esteja estudando no momento

relembrou que quando estudavam sofriam *bullying* dos colegas na escola por causa do excesso de peso.

A vida social e a familiar sofrem prejuízos especialmente relacionados à recusa de interagir com as pessoas por medo do julgamento em relação ao peso ou comida. Sobre a vida financeira foi possível identificar que um número expressivo das participantes sofre prejuízo nesse quesito, evidenciando gastos excessivos com *fast food*, buscando sobretudo uma forma de suprir um desconforto emocional.

O tópico prejuízo na vida financeira provavelmente foi a lacuna mais significativa deste estudo. A literatura ainda indica que são altos os custos com tratamento para transtornos alimentares, mas maiores são os custos para o sistema de saúde com as comorbidades associadas à compulsão alimentar, por exemplo. No entanto, ainda são escassas as ofertas de atendimento específico o que valoriza o trabalho que vem sendo desenvolvido pela equipe do serviço em que as participantes fazem o tratamento.

Como medida de apoio para avaliar o prejuízo no funcionamento profissional, social e familiar foi utilizada a Escala de Incapacidade de Sheehan, que evidenciou o prejuízo nas três áreas, com uma predominância na área social. Nesse ponto é importante destacar que ainda que a escala seja de autorrelato e fácil aplicação, ao não especificar de forma clara o que estaria incluído dentro de cada domínio, assim como qual seria a dificuldade referida, deixa o respondente em dúvida de qual número representa ao certo sua dificuldade. Contudo, para a pesquisadora teve um importante espaço em sua formação. A possibilidade de ter a mensuração de uma percepção pela participante e confrontar esse resultado com os dados subjetivos da entrevista, sem dúvida impactou positivamente na análise dos resultados.

No que diz respeito à pandemia de covid-19, todas as participantes que ficaram em isolamento identificaram esse fator como contribuindo para a piora do transtorno. Em

contraste, aquelas que permaneceram trabalhando e mantiveram as consultas com as profissionais experimentaram menos ou nenhuma alteração dos sintomas.

Mudar os pensamentos e tirar o foco da comida, como fazer atividades prazerosas são estratégias utilizadas para lidar com o transtorno. Nesse item, para uma avaliação mais detalhada das estratégias utilizadas para lidar com o transtorno, uma escala poderia ter sido utilizada, como por exemplo, a Escala Modos de Enfrentar Problemas, colaborando para identificar aspectos que contribuem como fatores protetores no enfrentamento de um problema, como a religião e o suporte social.

Outro ponto importante é que a maioria das mulheres deste estudo buscou ajuda de um profissional de saúde, nutricionista, endocrinologista ou clínico geral. Isso demonstra o quanto é relevante os profissionais estarem atentos aos sintomas de transtornos alimentares e fazerem a condução adequada desses indivíduos, e sobretudo atuarem em uma perspectiva multidisciplinar.

Os resultados deste estudo também apresentaram uma associação entre o transtorno de compulsão alimentar e condições médicas e psiquiátricas, como ansiedade, depressão, diabetes, obesidade, hipertensão e dores, reforçando a relação entre prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde e comprometimento funcional. Ademais, por estar associado a prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde, uma escala para avaliar este componente também seria conveniente.

Os resultados da pesquisa não deixam dúvidas de que a compulsão alimentar tem uma implicação importante no funcionamento psicossocial das mulheres participantes. Contudo, estudos futuros precisam avançar na identificação dos fatores profissionais, sociais e familiares que podem contribuir para uma intervenção mais efetiva junto a essas mulheres, assim como compreender de que forma os fatores socioeconômicos influenciam em uma alimentação desordenada. Também pode ser interessante utilizar uma escala de

avaliação dos transtornos de ansiedade e depressão para compreender melhor a relação dessas psicopatologias com o comportamento de desordem alimentar.

A realização deste estudo corroborou dados da literatura, mas possui limitações. Primeiro, o estudo foi realizado com uma pequena amostra de mulheres atendidas em um único hospital, de uma das poucas cidades em que é oferecido em um serviço público. Em segundo lugar, ao menos quatro das 10 participantes já estavam sendo atendidas há pelo menos um ano no ambulatório e algumas já estavam com quadro de sintomas bem controlados, o que pode ter contribuído para diferenças de respostas entre a escala SDS e perguntas da entrevista, por não perceber os sintomas de forma intensa atualmente.

Dada a recente inserção da pesquisadora na pesquisa científica muitas questões só foram percebidas no momento da análise e discussão dos dados. A pouca familiaridade com intervenção e o fato de não fazer parte do quadro de funcionários foram críticas para o propósito de não mobilizar demandas que estavam fora do escopo da ação autorizada e atrapalhar o trabalho da equipe. Além disso, a coleta de dados foi realizada em uma época em que a pandemia estava com alta de casos, sendo extremamente difícil lidar com as incertezas ligadas a isso. Ainda assim, cabe ressaltar que a possibilidade de participar das reuniões de discussão de casos permitiu identificar *in loco* o resultado da união de diferentes áreas de conhecimento, como a Nutrição, a Psicologia e a Medicina, para uma visão integral e humanizada do cuidado.

As lacunas apresentadas neste estudo resultaram na compreensão da necessidade de capacitação e flexibilidade do pesquisador para superar questões não previstas na pesquisa. Contudo, a realização deste estudo me proporcionou uma imensa aprendizagem como profissional e sobretudo como ser humano. Ao entrar em contato com a realidade de vida dessas mulheres, obtive aprimoramento, desenvolvendo especialmente meu pensamento profissional e adquirindo experiência de habilidades interpessoais, estando

mais atenta ao sofrimento das pessoas, principalmente aquele relacionado aos transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. v. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders, 21*(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/S40519-016-0264-X/TABLES/2>
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2020). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie 2020 35:2, 35*(2), 57–67. <https://doi.org/10.1007/S40211-020-00346-W>
- Al-Musharaf, S. (2020). Prevalence and Predictors of Emotional Eating among Healthy Young Saudi Women during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients, 12*(10), 1–17. <https://doi.org/10.3390/NU12102923>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*.
- Appolinario, J.C. (2021, 17 de maio). Compulsão alimentar e ganho de peso após cirurgia bariátrica [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/9uTkb2HKgzU>
- Appolinario, J. C., Kaplan, A., & Hay, P. J. (2022). Editorial: Neurocognitive and Translational Science of Binge Eating: Understanding Mechanisms of Change. *Frontiers in Psychology, 0*, 1985. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.904103>
- Appolinario, J. C., Sichieri, R., Lopes, C. S., Moraes, C. E., da Veiga, G. v., Freitas, S., Nunes, M. A. A., Wang, Y. P., & Hay, P. (2022). Correlates and impact of DSM-5 binge eating disorder, bulimia nervosa and recurrent binge eating: a representative population survey in a middle-income country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/S00127-022-02223-Z/TABLES/4>
- Asarian, L., & Geary, N. (2013). Sex differences in the physiology of eating. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 305*(11), R1215. <https://doi.org/10.1152/AJPREGU.00446.2012>
- Balantekin, K. N., Grammer, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Eichen, D. E., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Firebaugh, M.-L., Karam, A. M., Sadeh-Sharvit, S., Goel, N. J., Flatt, R. E., Trockel, M. T., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2021). Overweight and obesity are associated with increased eating disorder correlates and general psychopathology in university women with eating disorders. *Eating Behaviors, 41*, 101482. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101482>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (Edições 70).
- Baggio, M. A., Alves, K. R., Cavalheiro, R. F., Matias, L., Hirano, A. R., Machineski, G. G., & Caldeira, S. (2021). Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. *Texto & Contexto - Enfermagem, 30*(Texto contexto - enferm., 2021 30). <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0331>
- Berking, M., Eichler, E., Naumann, E., & Svaldi, J. (2022). The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder—Results from a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/BJC.12371>

- Bezerra, P. C. (2001). Registro alimentar e automonitoramento: uma contribuição para o controle da obesidade. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília
- Bittencourt, S. A., Lucena-Santos, P., Moraes, J. F. D., & da Oliveira, M. da S. (2012). Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *34*(2), 87–92. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892012000200007>
- Bjorlie, K., Forbush, K. T., Chapa, D. A. N., Richson, B. N., Johnson, S. N., & Fazzino, T. L. (2022). Hyper-palatable food consumption during binge-eating episodes: A comparison of intake during binge eating and restricting. *International Journal of Eating Disorders*, *55*(5), 688–696. <https://doi.org/10.1002/EAT.23692>
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(10), 1105. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2008.06.012>
- Borges, M. B. F., Jorge, M. R., Morgan, C. M., Silveira, D. X. da, & Custódio, O. (2002). Binge-Eating Disorder in Brazilian Women on a Weight-Loss Program. *Obesity Research*, *10*(11), 1127–1134. <https://doi.org/10.1038/OBY.2002.153>
- Braga, R. J., Mendlowicz, M. v., Marrocos, R. P., & Figueira, I. L. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*, *39*(4), 409–414. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.09.003>
- Branley-Bell, D., & Talbot, C. v. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders 2020 8:1*, *8*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40337-020-00319-Y>
- Brasil. (2018). *Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília.
- Brewerton, T. D., Wang, J. B., Lafrance, A., Pamplin, C., Mithoefer, M., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., & Doblin, R. (2022). MDMA-assisted therapy significantly reduces eating disorder symptoms in a randomized placebo-controlled trial of adults with severe PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, *149*, 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.008>
- Brownstone, L. M., & Bardone-Cone, A. M. (2021). Subjective binge eating: a marker of disordered eating and broader psychological distress. *Eating and Weight Disorders*, *26*(7), 2201–2209. <https://doi.org/10.1007/S40519-020-01053-9/TABLES/2>
- Arnou, B., Justin, K., Stewart, W. A. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders (18)1*, 79-90. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:1<79::AID-EAT2260180109>3.0.CO;2-V)
- Carpio-Arias, T. V., Solís Manzano, A. M., Sandoval, V., Vinueza-Veloz, A. F., Rodríguez Betancourt, A., Betancourt Ortíz, S. L., & Vinueza-Veloz, M. F. (2022). Relationship between perceived stress and emotional eating. A cross sectional study. *Clinical Nutrition ESPEN*, *49*, 314–318. <https://doi.org/10.1016/J.CLNESP.2022.03.030>

- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, *160*, 105122. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105122>
- Costarelli, V., & Patsai, A. (2012). Academic examination stress increases disordered eating symptomatology in female university students. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *17*(3). <https://doi.org/10.1007/BF03325343>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2010). The Influence of Gender and Puberty on the Heritability of Disordered Eating Symptoms. In *Current Topics in Behavioral Neurosciences* (Vol. 6, Issue 1, pp. 177–185). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/7854_2010_80
- Czeczczor-Bernat, K., Swami, V., Modrzejewska, A., & Modrzejewska, J. (2021). COVID-19-Related Stress and Anxiety, Body Mass Index, Eating Disorder Symptomatology, and Body Image in Women from Poland: A Cluster Analysis Approach. *Nutrients* *2021*, Vol. *13*, Page 1384, *13*(4), 1384. <https://doi.org/10.3390/NU13041384>
- Davidson, A. H., Hoyt, W. T., Poulsen, S., Waadegaard, M., & Lau, M. (2017). Eating disorder severity and functional impairment: moderating effects of illness duration in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders*, *22*(3), 499–507. <https://doi.org/10.1007/S40519-016-0319-Z/FIGURES/3>
- Dahlgren, C.L., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S40337-017-0186-7/TABLES/1>
- De França, G. V. A., Gigante, D. P., & Olinto, M. T. A. (2013). Binge eating in adults: prevalence and association with obesity, poor self-rated health status and body dissatisfaction. *Public Health Nutrition*, *17*(4), 932–938. <https://doi.org/10.1017/S1368980013000591>
- Devoe, D.J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/EAT.23704>
- Devonport, T. J., Nicholls, W., & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, *24*(1), 3–24. https://doi.org/10.1177/1359105317697813/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1359105317697813-FIG1.JPEG
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge Eating Disorder Psychopathology in Normal Weight and Obese Individuals. *International Journal of Eat Disord*. <https://doi.org/10.1002/eat.20905>
- Doley, J. R., Hart, L. M., Stukas, A. A., Petrovic, K., Bouguettaya, A., & Paxton, S. J. (2017). Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-

analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 210–230.
<https://doi.org/10.1002/EAT.22691>

- Duarte, A. N., Queiroz, E. Programa cognitivo-comportamental de educação nutricional para mulheres com excesso de peso. *Rev. Psicol. Saúde* [online]. 2020, vol.12, n.3, pp. 95-108. ISSN 2177-093X. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1058>.
- Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/EAT.22501>
- Frayn, M., Fojtu, C., & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 40(12), 6249–6258. <https://doi.org/10.1007/S12144-021-01494-0/TABLES/3>
- Freitas, S. R. de, Appolinario, J. C., Souza, A. de M., & Sichieri, R. (2008). Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 471–478. <https://doi.org/10.1002/EAT.20530>
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (25ª ed.). Paz e Terra.
- Freizinger, M., Jhe, G. B., Dahlberg, S. E., Pluhar, E., Raffoul, A., Slater, W., & Shrier, L. A. (2022). Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S40337-022-00650-6/FIGURES/1>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/AJCN/NQY342>
- Giel, K. E., Schurr, M., Zipfel, S., Junne, F., & Schag, K. (2021). Eating behaviour and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 657–662. <https://doi.org/10.1002/ERV.2837>
- Goel, N.J., Thomas, B., Boutté, L. R., Kaur, B., Mazzeo, S. E. (2021). Body Image and Eating Disorders Among South Asian American Women: What Are We Missing? *Qualitative Health Research*, (29) 13. <https://doi.org/10.1177/10497323211036896>

- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Risk Factors for Disordered Eating in Overweight Adolescents and Young Adults. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1093/JPEPSY/JSV053>
- Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jönsson, B., Melac, A. T., di Nicola, S., Chollet, J., Milea, D., Rive, B., & Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 239–249. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146098>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal, 50*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/IMJ.14691>
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders, 3*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S40337-015-0056-0/TABLES/2>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-Analysis of the Efficacy of Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/CCP0000358>
- Hollett, K. B., & Carter, J. C. (2021). Separating binge-eating disorder stigma and weight stigma: A vignette study. *International Journal of Eating Disorders, 54*(5), 755–763. <https://doi.org/10.1002/EAT.23473>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023, janeiro 10). <https://www.ibge.gov.br>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2012.11.020>
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 63*, 223–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
- Khubchandani, J., Sharma, S., Webb, F. J., Wiblishauser, M. J., & Bowman, S. L. (2021). Post-lockdown depression and anxiety in the USA during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health, 43*(2), 246–253. <https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDAA250>
- Klump, K. L., Mikhail, M. E., Anaya, C., Fowler, N., Neale, M., Keel, P. K., Gearhardt, A. N., Katzman, D. K., Sisk, C. L., & Burt, S. A. (2022). The effects of the COVID-19 pandemic on disordered eating symptoms in women: A 49-day, daily study before and during the outbreak in the United States. *Journal of Psychopathology and Clinical Science, 131*(7), 769–779. <https://doi.org/10.1037/abn0000758>

- Kober, H., & Boswell, R. G. (2018). Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review, 60*, 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.004>
- Koenders, P. G., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53*(11), 1287–1293. <https://doi.org/10.1097/JOM.0B013E31823078A2>
- Lazzarini, E.R. (2013). O excessivo peso da obesidade. In: T. C. Viana & I. Leal. (Org.), *Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação* (1 ed., pp.34-56). Lisboa.
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. v. (1997). Assessing Psychiatric Impairment in Primary Care with the Sheehan Disability Scale. *Http://Dx.Doi.Org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD, 27*(2), 93–105. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Linardon, J. (2016). Correlates of the over-evaluation of weight and shape in binge eating disorder and mixed eating disorder samples: A meta-analytic review. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/10640266.2016.1260374, 25*(3), 183–198. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1260374>
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences, 41*(2), 273–284. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2005.11.032>
- Magel, C. A., & von Ranson, K. M. (2021). Negative urgency combined with negative emotionality is linked to eating disorder psychopathology in community women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 54*(5), 821–830. <https://doi.org/10.1002/EAT.23491>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional Psychology. *American Psychologist, New York, v. 37*.
- Manjunatha, N., Jayasankar, P., Suhas, S., Rao, G. N., Gopalkrishna, G., Varghese, M., Benegal, V., & Group, N. N. C. (2022). Prevalence and its correlates of anxiety disorders from India's National Mental Health Survey 2016. *Indian Journal of Psychiatry, 64*(2), 138. https://doi.org/10.4103/INDIANJPSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_964_21
- McClure, Z., Messer, M., Anderson, C., Liu, C., & Linardon, J. (2022). Which dimensions of emotion dysregulation predict the onset and persistence of eating disorder behaviours? A prospective study. *Journal of Affective Disorders, 310*, 123–128. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.05.041>
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1411*(1), 96–105. <https://doi.org/10.1111/NYAS.13467>
- Mehl, A., Rohde, P., Gau, J. M., & Stice, E. (2019). Disaggregating the Predictive Effects of Impaired Psychosocial Functioning on Future DSM-5 Eating Disorder Onset in High-

- Risk Female Adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 817.
<https://doi.org/10.1002/EAT.23082>
- Mehta, S., Mittal, P. K., & Swami, M. K. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *Depression Research and Treatment*, 2014.
<https://doi.org/10.1155/2014/302741>
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., & Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12916-016-0766-4/TABLES/2>
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319–323.
<https://doi.org/10.1002/EAT.22452>
- Mitchison, D., Rieger, E., Harrison, C., Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. (2018). Indicators of clinical significance among women in the community with binge-eating disorder symptoms: Delineating the roles of binge frequency, body mass index, and overvaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 165–169.
<https://doi.org/10.1002/EAT.22812>
- Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13), 2749–2758. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001136>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Recurrent binge eating with and without the “undue influence of weight or shape on self-evaluation”: Implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 929–938.
<https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2006.08.011>
- Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F., & Voderholzer, U. (2019). Evidence and perspectives in eating disorders: a paradigm for a multidisciplinary approach. *World Psychiatry*, 18(3), 369–370. <https://doi.org/10.1002/WPS.20687>
- Mourilhe, C., Moraes, C. E. de, Veiga, G. da, Q da Luz, F., Pompeu, A., Nazar, B. P., Coutinho, E. S. F., Hay, P., & Appolinario, J. C. (2021). An evaluation of binge eating characteristics in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 162, 105176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105176>
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A. I., Keck, P. E., & McElroy, S. L. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 13–26. <https://doi.org/10.1007/S40519-016-0313-5/TABLES/4>
- Oliveira, J. de, & Cordás, T. A. (2020). Eating behavior, non-food substance consumption and negative urgency in women. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 18, eAO5269.
https://doi.org/10.31744/EINSTEIN_JOURNAL/2020AO5269
- Organização Mundial de Saúde (2022, novembro 10). Doença de Coronavírus (COVID-19) Pandemia. Atualizações da situação. <https://www.who.int/pt>

- Organização Mundial de Saúde. (2019). Classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde relacionados (11ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., & Madhoo, M. (2019). Comparison of Quality of Life, Productivity, Functioning and Self-Esteem in Adults Diagnosed With ADHD and With Symptomatic ADHD. *Https://Doi.Org/10.1177/1087054719841129*, 24(1), 136–144. <https://doi.org/10.1177/1087054719841129>
- Pawaskar, M., Witt, E. A., Supina, D., Herman, B. K., & Wadden, T. A. (2017). Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States. *International Journal of Clinical Practice*, 71(7), e12970. <https://doi.org/10.1111/IJCP.12970>
- Peterson, R. E., Latendresse, S. J., Bartholome, L. T., Warren, C. S., & Raymond, N. C. (2012). Binge eating disorder mediates links between symptoms of depression, anxiety, and caloric intake in overweight and obese women. *Journal of Obesity*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/407103>
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Comunicação, Saúde, Educação*, (22) 2. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Rheenen, T. E. van, & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1158–1165. <https://doi.org/10.1002/EAT.23317>
- Pompeo, D. A., Carvalho, A. de, Olive, A. M., Souza, M. da G. G., & Galera, S. A. F. (2016). Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes com transtornos mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Nature Publishing Group*, 17, 941-964. <https://doi:10.1038/oby.2008.636>
- Robillard, R., Daros, A. R., Phillips, J. L., Porteous, M., Saad, M., Pennestri, M. H., Kendzerska, T., Edwards, J. D., Solomonova, E., Bhatla, R., Godbout, R., Kaminsky, Z., Boafó, A., & Quilty, L. C. (2021). Emerging New Psychiatric Symptoms and the Worsening of Pre-existing Mental Disorders during the COVID-19 Pandemic: A Canadian Multisite Study: Nouveaux symptômes psychiatriques émergents et détérioration des troubles mentaux préexistants durant la pandémie de la COVID-19: une étude canadienne multisite. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(9), 815–826. https://doi.org/10.1177/0706743720986786/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0706743720986786-FIG2.JPEG
- Sabatini, F., Ulian, M. D., Perez, I., Pinto, A. J., Vessoni, A., Aburad, L., Benatti, F. B., Lopes de Campos-Ferraz, P., Coelho, D., de Moraes Sato, P., Roble, O. J., Unsain, R. F., Schuster, R. C., Gualano, B., & Scagliusi, F. B. (2019). Eating Pleasure in a Sample of Obese Brazilian Women: A Qualitative Report of an Interdisciplinary Intervention Based on the Health at Every Size Approach. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(9), 1470–1482. <https://doi.org/10.1016/J.JAND.2019.01.006>

- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia Em Estudo*, *10*(3), 421–429.
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300010>
- Sheehan, K. H., & Sheehan, D. v. (1996). Creating a psychosocial measurement model from stressful life events. *International Clinical Psychopharmacology*, *43*(2), 265–271.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00377-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00377-0)
- Sheehan, K. H., & Sheehan, D. v. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, *23*(2), 70–83.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0B013E3282F2B4D6>
- Sivyer, K., Allen, E., Cooper, Z., Bailey-Straebler, S., O'Connor, M. E., Fairburn, C. G., & Murphy, R. (2020). Mediators of change in cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy for eating disorders: A secondary analysis of a transdiagnostic randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(12), 1928–1940.
<https://doi.org/10.1002/EAT.23390>
- Slade, E., Keeney, E., Mavranouzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, *48*(16), 2629–2636.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718001071>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 38. <https://doi.org/10.1037/ABN0000219>
- Smith, B. A., Gay, J. L., Monsma, E.V., Arent, S.M., Sarzynski, M.A., Emerson, D.M. & McGehee, T.M. (2022). Investigation of Eating Disorder Risk and Body Image Dissatisfaction among Female Competitive Cheerleaders. *Int. J. Environ. Res. Public Health* *19*(4) 2196 <https://doi.org/10.3390/ijerph19042196>
- Straub, R.O. (2014). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S., & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(5), 851–868.
<https://doi.org/10.1002/EAT.23486>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly*, *33*(2), 284–295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455/METRICKS>
- Skinner, H.H., Haines, J., Austin, B. & Field, A. E. (2012). A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *Journal of ADOLESCENT HEALTH*. (50)478-483 doi:10.1016/j.jadohealth.2011.10.002

- Tannous, W. K., Hay, P., Girosi, F., Heriseanu, A. I., Ahmed, M. U., & Touyz, S. (2021). The economic cost of bulimia nervosa and binge eating disorder: a population-based study. *Psychological Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000775>
- Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermod, C. M., Harper, L. E., Furth, E. F., Peat, C. M., & Bulik, C. M. (2020). Early impact of COVID -19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1780–1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>
- Toral, N., Gubert, M.B., Spaniol, A.M., Monteiro, R.A. (2016). Transtornos alimentares e satisfação com a imagem corporal entre graduandos de nutrição e nutricionista brasileiros. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. (66)2.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5 Eating Disorders in Nationally Representative Sample of United States Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2018.03.014>
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/EAT.22411>
- Vandereycken, W., & van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 109–114. <https://doi.org/10.1002/ERV.857>
- Vuillier, L., May, L., Greville-Harris, M., Surman, R., & Moseley, R. L. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of Eating Disorders* 2021 9:1, 9(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S40337-020-00362-9>
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S40479-021-00166-6/TABLES/4>
- Wever, M. C. M., Dingemans, A. E., Geerets, T., & Danner, U. N. (2018). Screening for Binge Eating Disorder in people with obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, 12(3), 299–306. <https://doi.org/10.1016/J.ORCP.2018.02.002>
- Yee, K. S., Pokrzywinski, R., Hareendran, A., Shaffer, S., & Sheehan, D. v. (2021). Evaluating functional disability in clinical trials of lisdexamfetamine dimesylate in binge eating disorder using the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(1), e1849. <https://doi.org/10.1002/MPR.1849>
- Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, 131. <https://doi.org/10.2147/AGG.S55776>

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro semiestruturado para entrevista

- 1) Conte-me a história da sua alteração alimentar? Você tem um diagnóstico? Qual? Quando recebeu o diagnóstico? Por que e quando procurou ajuda profissional?
- 2) Você acredita que sua alteração alimentar interfere em suas atividades diárias? Como?
- 3) Sua vida social, incluindo lazer e refeições em família sofre consequências com a sua alteração alimentar? Como?
- 4) A sua alteração alimentar afeta seu desempenho no trabalho? Como?
- 5) A sua alteração alimentar afeta seu desempenho nos estudos? Como?
- 6) A sua alteração alimentar afeta sua vida financeira? Como?
- 7) Você já deixou de interagir socialmente, desmarcar compromissos com amigos e familiares por conta da sua alteração alimentar?
- 8) Houve alguma experiência na sua vida que você vivenciou situação de constrangimento por parte de familiares ou amigos relacionada à sua alteração alimentar?
- 9) Como foi sua experiência com a compulsão alimentar na pandemia de covid-19 frente ao isolamento social? Observou piora dos sintomas?
- 10) Quais estratégias você utiliza para lidar com a compulsão alimentar?
- 11) Qual a sensação antes, durante e após comer compulsivamente?
- 12) Você faz acompanhamento para alguma comorbidade clínica?

ANEXO B**Escala de Incapacidade de Sheehan**

Pontue de 0 a 10, conforme prejuízo na sua vida:

1. Trabalho/Escola

Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/ atividades escolares?

De nenhuma forma (0)

Suavemente (1) (2) (3)

Moderadamente (4) (5) (6)

Marcadamente (7) (8) (9)

Extremamente (10)

2. Vida Social

Os sintomas têm interrompido sua vida social/ atividades de lazer?

De nenhuma forma (0)

Suavemente (1) (2) (3)

Moderadamente (4) (5) (6)

Marcadamente (7) (8) (9)

Extremamente (10)

3. Vida Familiar

Os sintomas têm interrompido sua vida familiar/ responsabilidades do lar?

De nenhuma forma (0)

Suavemente (1) (2) (3)

Moderadamente (4) (5) (6)

Marcadamente (7) (8) (9)

Extremamente (10)

ANEXO C**Questionário Sociodemográfico****Idade:** _____**Raça / cor:** Branco () Pardo () Preto () Amarelo() Indígena()**Estado civil:** Casada () Divorciada() Solteira () União estável() Viúvo() outros ()**Filhos:** Sim () Não ()**Quantos:** _____**Nível de escolaridade?**

Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior Completo ()

Superior Incompleto () Pós Graduação

Situação de emprego atualmente?

Empregado () Desempregado () Autônomo ()

Estudante () Aposentado ()

Profissão: _____**Faixa de renda pessoal mensal:**

Até 2 salários mínimos ()

De 3 a 5 salários mínimos ()

De 6 a 10 salários mínimos ()

Acima de 10 salários mínimos ()

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Transtorno de compulsão alimentar: Conhecendo as vivências e experiências de mulheres adultas” sob responsabilidade da pesquisadora Cleane Santos de Carvalho, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Este estudo tem como objetivo investigar as vivências/ experiências de mulheres adultas com transtorno de compulsão alimentar e objetiva ser uma ferramenta para ampliar o conhecimento em torno dessa temática cada vez mais emergente na atualidade, principalmente no que diz respeito a esse transtorno alimentar em mulheres adultas. Os resultados poderão compor um melhor direcionamento para intervenções clínicas.

A sua participação ocorrerá da seguinte forma: você participará de uma entrevista, a qual será registrada por meio de um gravador de voz e também responderá a um questionário com perguntas abertas. É possível que ocorra desconforto ou constrangimentos que poderão ser gerados a partir da coleta de dados, por estar entrando em contato com algo que tenha vivenciado, no entanto você poderá caso necessário receber um acolhimento psicológico em forma de sessão psicoterápica pela pesquisadora.

A sua participação irá contribuir para maior conhecimento sobre o tema abordado, considerando que há poucos estudos sobre essa temática, a mesma tem relevância social e acadêmica e poderá contribuir para implementação de novos programas e políticas de saúde para tratamento dos transtornos alimentares em Brasília-DF.

Sua participação é voluntária, ou seja, você tem direito de recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu tratamento. Não haverá pagamento ou recompensa financeira pela sua participação nesse estudo.

Seu nome e dados serão mantidos em sigilo. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados nessa instituição, em revistas e/ou encontros científicos, sempre garantindo a sua privacidade, ou seja, seu nome e dados de identificação não serão divulgados.

Caso tenha dúvidas ou considerações relacionadas a esta pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável Cleane Santos de Carvalho por meio do telefone (61) 99194-9783, ou e-mail: sc.cleane@gmail.com.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do IGESDF (e-mail: cep@igesdf.org.br, telefone: (61) 3550-9167, Endereço: Setor Médico Hospitalar Sul – Asa Sul – Brasília/DF – CEP: 70335-900). Entre em contato caso tenha ou queira alguma informação a respeito dos aspectos éticos envolvendo este estudo.

Se concordar em participar, você receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Eu _____

aceito participar desse estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador