

# JORNAL DA ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE • Outubro de 2017 • Ano 23 •  
Informações e inscrições: [www.assex.org.br](http://www.assex.org.br) • Distribuição dirigida à classe médica

91

ASSEX  
IEDE



46º Encontro  
Anual  
IEDE  
RIO DE JANEIRO



## TUDO PRONTO PARA O 46º ENCONTRO ANUAL DO IEDE

“50 Anos IEDE-PUC:  
Combinação Eficaz”

Centro de Convenções  
Hotel Portobello /RJ  
08 a 10 de dezembro de 2017

Informações e inscrições: [www.assex.org.br](http://www.assex.org.br)



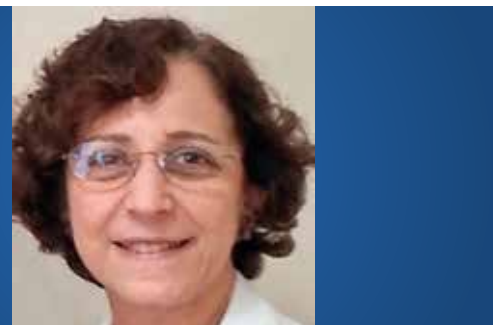
Edital de convocação  
para a Assembleia  
Extraordinária da  
ASSEX-IEDE.  
Alteração no estatuto.

Página 05

### EDITORIAL

Dr. Roberto Pereira Assumpção: Diretor Presidente da Associação dos Ex-Alunos do IEDE Biênio: 2017/2018.

Página 02



### SERVIÇO DE OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES (SOTA)

Dra. Sílvia Freitas: Coordenadora do Serviço de Obesidade e Transtornos Alimentares (SOTA).

Página 06

## EDITORIAL

## Editorial para Encontro do IEDE 2017

Estamos próximos do 46o Encontro Anual do IEDE, que acontecerá nos dias 8, 9 e 10 de dezembro, no Hotel Portobello, em Mangaratiba. Contando com a expertise de renomados palestrantes e amigos do IEDE e sob o tema “50 Anos IEDE – PUC: Combinação Eficaz”, teremos a oportunidade de assistir brilhantes apresentações, calorosas discussões na abordagem de temas polêmicos e oficinas práticas com a participação de alunos e mestres.

Felizmente teremos duas premiações neste ano. O Dr. Hans Graf, residente em Clínica Médica pelo IEDE/PUC RJ entre 1980 e 1984 e Mestre em Ciências Médicas Endocrinologia pela PUC RJ em 1986, será homenageado pelo Prêmio José Schermman por sua contribuição científica e parceria com o IEDE. O Dr. Maurício Barbosa Lima, fundador da nossa associação e nosso primeiro Presidente, merecidamente receberá a Medalha Jayme Rodrigues por sua vida de dedicação ao IEDE.

Conforme manda a tradição e reforçando os laços de amizade entre alunos e eternos ex-alunos, teremos a diplomação dos novos endocrinologistas formados pelo IEDE/PUC e a comemoração das Bodas de Prata da turma de 1992.

Nesta edição do Jornal da ASSEX, agradecemos ao Serviço de Obesidade e Transtornos Alimentares (SOTA), coordenado pela Dra. Silvia Freitas, pela excelência de dos artigos e revisões.

Confirmam a programação oficial em nosso site e boa leitura a todos!

Dr. Roberto Pereira Assumpção  
Diretor Presidente da Associação dos Ex-Alunos do IEDE Biênio: 2017/2018.



Dr. Roberto Pereira Assumpção  
Diretor Presidente da Associação dos Ex-Alunos do IEDE Biênio: 2017/2018.

## EXPEDIENTE

**Diretoria Biênio 2017/2018:****Presidente de Honra (in memoriam):**

Dr. Luiz Cesar Póvoa

**Diretor Presidente:**

Dr. Roberto Pereira Assumpção

**Diretora Vice-Presidente:**

Dra. Cynthia Melissa Valério

**Diretor Tesoureiro:**

Dr. Luiz Gallotti Póvoa

**Diretora Vice-Tesoureira:**

Dra. Karen F. de Marca Seidel

**Diretora Secretária:**

Dra. Luciana Lopes de Souza

**Diretora Vice Secretária:**

Dra. Paloma Nehab Hess

**Diretora Social:**

Dra. Flávia Regina Pinho Barbosa

**Diretor de Eventos Científicos:**

Dr. Roberto Luis Zagury

**Jornal da ASSEX: Conselho editorial:**

Dr. Ricardo Meirelles

Dr. Roberto Pereira Assumpção

**Projeto Gráfico:** Grupo GEN | Grupo Ediditorial Nacional

**Diagramação:** Grupo GEN | Grupo Ediditorial Nacional

**Editor:** Dr. Roberto Pereira Assumpção

**Distribuição gratuita à classe médica**

**46° Encontro**  
**Anual**  
**IEDE**  
 RIO DE JANEIRO

ESPAÇO IEDE

08 a 10 de dezembro de 2017

“50 Anos IEDE – PUC: Combinação Eficaz”

Centro de convenções Hotel Portobello – Mangaratiba/RJ



## RESERVA

Pacote: três dias e duas noites (pensão completa com bebidas não alcoólicas incluídas)

Categoria Single/double	Valor pacote	03 parcelas	02 parcelas
Standard esgotado	R\$2.292,00	R\$764,00	R\$1.146,00
Beach room	R\$2.750,00	R\$916,67	R\$1.375,00
Suíte esgotado	R\$2.950,00	R\$983,33	R\$1.475,00
Suíte beach	R\$3.160,00	R\$1.053,33	R\$1.580,00
3° pessoa	R\$880,00	R\$293,33	R\$440,00
CHD 08 a 12	R\$500,00	R\$166,67	R\$250,00

Primeira criança de 0 a 07 anos no mesmo apartamento dos pais é isenta  
 “Day user” (Passante) – R\$250,00 por pessoa e por dia

### O pacote inclui:

- Inscrição no evento
- “Check in” dia 08/12 às 16h com almoço às 12h30
- Hospedagem durante o período do evento
- Coquetel de abertura
- Almoço e jantar do dia 08/12/17
- Café da manhã, almoço, jantar e festa do evento no sábado dia 09/12/17
- Água, suco e refrigerante, durante as principais refeições.

“Check out” dia 10/12 às 12h com café da manhã

OBS: em caso de desistência 30 dias antes do evento devolução de 30% do valor pago.



## PROGRAMAÇÃO

### 08/12/2017 – Sexta-Feira

#### 12h30 – 14h00 Almoço

**15h00 Combinação de Forças: Moderadora** – Dra. Carmen Assumpção (IEDE/RJ)

Diabetes e doença hepática: relacionamento de risco – Dra. Erika Guedes (IEDE/GO)

Futuro na combinação de fármacos no DM2 – Dr. Roberto Luís Zagury (IEDE/RJ)

Discussão

#### 16h00 Simpósio satélite Sanofi

Novas opções de tratamento da dislipidemia – Dra. Cynthia Valério (IEDE/RJ)

#### 16h40-17h00 Visita aos Expositores

**17h00- Confrontos de Ideias:** – Moderadora – Dra. Rosane Kupfer (IEDE/RJ)

Conduta na obesidade moderada: cirurgia bariátrica – Dr. Roberto Assumpção (IEDE/RJ)

Conduta na obesidade moderada: combinação de fármacos – Dr. Alexander Benchimol (IEDE/RJ)

Discussão

**18h00- Combinação de Forças: – Moderadora** – Dra. Vera Leal (IEDE/RJ)

Tratamento do hipotireoidismo: há espaço para reposição de T3? – Dr. Renato Torrini (IEDE/RJ)

Menopausa e a combinação de estrógenos e andrógenos – Dra. Karen de Marca (IEDE/RJ)

Discussão

#### 19h00 – 20h00 Abertura Oficial e Premiações

Dr. Ricardo Meirelles (IEDE/RJ); Dr. Roberto Assumpção (IEDE/RJ)

Dra. Marcia Marinho (IEDE/RJ); Dr. Waldir Coutinho (IEDE/RJ)

Prêmio José Schermman – Dr. Hans Graf (IEDE/PR)

Mini Conferência: Conduta em bólios multinodulares – Dr. Hans Graf (IEDE/PR)

Medalha Jayme Rodrigues: Dr. Mauricio Barbosa Lima (IEDE/RJ)

20h00 Coquetel de Boas vindas

20h30 Jantar

22h00 As Metabólicas para Homenageados

### 09/12/2017 – Sábado

**8h30 – 9h10 Oficina prática com os Professores I:** Coordenadora: Dra. Luciana Lopes (IEDE/RJ)

Sala 01 – Doença hipofisária na gestação – Dra. Flavia Barbosa (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Jessica Tatiana M. Pena (PUC-IEDE)

Sala 02 – Doença adrenal na gestação – Dra. Marcia Helena Costa (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Janaina Petenuci (PUC-IEDE)

**9h10 – 09h50 Oficina prática com os Professores II:** Coordenadora: Dra. Luciana Lopes (IEDE/RJ)

Sala 01 – Novidades no manejo do DM1 – Dra. Paloma Hess (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Renata Moraes da Costa (PUC-IEDE)

Sala 02 – Dislipidemia mista no Diabético – Dra. Cynthia Valério (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Egle Bastos Puppim (PUC-IEDE)

**09h50 – 10h30 Oficina prática com os Professores III:** Coordenadora Dra. Luciana Lopes (IEDE/RJ)

Sala 01 – A obesidade e os ovários policísticos – Dra. Rita Weiss (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Maria Fernanda Caldeira (PUC-IEDE)

Sala 02 – Osteoporose antes da menopausa – Dra. Joyce Cantoni (IEDE/RJ)

Secretária: Dra. Olivia Jorge de Faria (PUC-IEDE)

#### 10h30 – 10h50 Visita aos Expositores

**10h50 – 1130 “O que aprendemos no IEDE”** Moderadora: Dra. Patrícia Gomes (PUC-IEDE)

1 Sessão Clínica: Deficiência de Vitamina D em pacientes pós bariátrica atendidos em

Hospital de referência no RJ – Dr. Davi Francisco Machado (PUC-IEDE)

2 Sessão Clínica: Síndrome de Cushing ACTH-Independente um desafio diagnóstico – Dra. Karen Viviana Gorejko (PUC-IEDE)

Discussão

**11h30 – Encerramento** Dr. Ricardo Meirelles (IEDE/RJ), Dr. Roberto Assumpção (IEDE/RJ)

#### 11h40 – Assembleia Extraordinária da ASSEX-IEDE

Dr. Ricardo Meirelles – Presidente da Assembleia Extraordinária

Dra. Cynthia Valério – Secretaria da Assembleia Extraordinária

Dr. Roberto Assumpção – Diretor Presidente da ASSEX-IEDE

#### 12h30 Almoço de Confraternização

**18h30** Bodas 25 anos de formados 1992 (José Mauricio)

#### 19h00 Diplomação dos novos Endocrinologistas

Dr. Ricardo Meirelles (IEDE/RJ); Dra. Marcia Marinho (IEDE/RJ);

Dra. Carmen Assumpção (IEDE/RJ); Dr. Waldir Coutinho (IEDE/RJ)

**Entrega da Medalha Luiz Cesar Póvoa** – Dr. Luiz Gallotti Póvoa (IEDE/RJ)

#### 20h00 Jantar e Festa dos Novos Endocrinologistas

### 10/12/2017 – Domingo

8h00 Café da Manhã

12h00 Check out

## Edital de convocação da ASSEX

### EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

**Associação dos Ex-Alunos do Instituto Estadual de Diabetes e  
Endocrinologia Luiz Capriglione. (ASSEX-IEDE)**

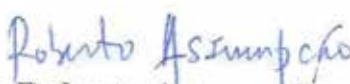
**CNPJ: 30.261.366/0001-85**

Convidamos os senhores sócios para a reunião de assembléia geral extraordinária, que se realizará no dia, 09 de dezembro de 2017 durante o 46° Encontro Anual do IEDE, no centro de convenções do Hotel Portobello, na Rodovia Rio Santos (Br. 101) Km 434 Praia de São Braz , na cidade de Mangaratiba / RJ, às 11h40min em primeira convocação, com a presença da maioria absoluta dos integrantes do quadro social quites e em segunda convocação, 1 (uma) hora após, com a presença de dois terços (2/3) dos sócios, com a seguinte Ordem do Dia:

a) Examinar e aprovar alterações no Estatuto da ASSEX-IEDE

A Consulta ao Estatuto com as alterações, estará disponível no “site” [www.assex.org.br](http://www.assex.org.br), a partir do dia 01 de dezembro de 2017.

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2017.

  
**Dr. Roberto Assumpção**  
**Diretor Presidente da ASSEX-IEDE**  
**Biênio 2017 / 2018**

## Apresentação



**Dra. Silvia Freitas**  
Coordenadora Geral do SOTA.

Foi com muita satisfação que recebemos a notícia de que, na rodada dos serviços do IEDE, era chegada a hora do Serviço de Obesidade e Transtornos Alimentares (SOTA) ocupar, novamente, as páginas do Jornal da ASSEX. Parecia que havia tão pouco tempo que havíamos organizado o Jornal comemorando os 25 anos do serviço, lembrando fatos e refrescando a memória... Partimos então para essa nova jornada com o objetivo de apresentar, pelo menos, um artigo produzido por membros das diversas especialidades que integram a equipe multidisciplinar do SOTA, concretizando por meio desta atividade a nossa forma multiprofissional de atuação.

Dentre as notícias que trazemos uma nos alegrou especialmente – em solenidade na PUC, com a sala do Conselho Universitário repleta de parentes, amigos, professores e líderes da Universidade, o professor Walmir Coutinho, coordenador de endocrinologia do SOTA, foi empossado como diretor do Departamento de Medicina da PUC-RIO. O novo diretor considerou que se tratava de “um dia muito importante para a medicina na PUC-Rio pois marca o início de uma nova etapa na história de sucesso da antiga Escola Médica que formou, nos últimos 60 anos, milhares de pós-graduandos. O Prof. Coutinho também reconheceu a sua enorme responsabilidade de garantir o nível de excelência da PUC-Rio e aposta

muito na interdisciplinaridade, que é uma marca da PUC – “vamos tentar estreitar cada vez mais nossos laços de cooperação com outros departamentos e instituições”. Felicitamos o Dr. Walmir com a certeza de que imprimirá a esse novo desafio as marcas do sucesso que caracterizam a sua trajetória profissional.

Com relação ao conteúdo desta edição, trazemos dois artigos que abarcam os aspectos nutricionais da obesidade e dos transtornos alimentares (TA): o primeiro comenta uma revisão sistemática sobre a relação entre a frequência alimentar, a ingestão de energia e o risco de obesidade, tema sempre atual tendo em vista as diversas “dietas da moda” que recorrentemente são divulgadas na mídia e o outro versa sobre o tratamento nutricional dos TA. Pela equipe de psicólogos será abordado um tema que vem ganhando ampla divulgação – mindfulness ou atenção plena – e como essa técnica, além de seu objetivo mais amplo de exercer uma influência positiva sobre a saúde e o bem-estar, pode ser aplicada aos TA. Técnica psicoterápica que será adicionada ao nosso arsenal terapêutico. A equipe de psiquiatria contribui com três artigos no campo dos TA: uma meta análise sobre a importância da identificação da resposta clínica precoce ao tratamento dos TA de maneira a promover os ajustes necessários no planejamento terapêutico, visando a obtenção de melhores desfechos clínicos; um artigo sobre a evolução dos critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) culminando com a sua inclusão como um diagnóstico formal no capítulo dos transtornos alimentares da última revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), e um comentário sobre uma revisão sistemática dos estudos publicados até 2014 sobre o acompanhamento de pacientes com anorexia nervosa submetidos à internação compulsória comparados com internação voluntária, uma intervenção muitas vezes necessária mas ainda pouco estudada. Pela

endocrinologia temos um relato de caso da evolução bem sucedida do tratamento clínico de uma paciente superobesa.

Do nosso ambulatório da Síndrome Prader-Willi (SPW) temos muito a comemorar. Várias atividades aconteceram no mês de maio, mês dedicado à conscientização da doença. Organizamos no IEDE o 1º. Simpósio da Síndrome de Prader-Willi no Rio de Janeiro: reunimos a equipe multidisciplinar, incluindo os profissionais do IEDE e os nossos parceiros externos, os pacientes e seus familiares. A primeira parte do evento foi dedicada ao encontro dos familiares com a equipe multiprofissional, possibilitando o esclarecimento de dúvidas em todos os aspectos da doença. A sra. Liane Mufarrej apresentou a história da Associação Brasileira da SPW, formalizada no final do ano passado e agradeceu muito todo o apoio recebido da equipe profissional e do Sr. Alexandre Correa, ex-funcionário do IEDE, que voluntariamente apoiou a causa e contribuiu com a assessoria técnica tornando possível este sonho. Aproveite para conclamar a todos que se associem e contribuam para que possamos ajudar a associação a divulgar e a auxiliar as famílias. A diretoria da associação tem realizado um belo trabalho, já conta com algumas parcerias, já está afiliada à International Prader-Willi Syndrome Organization (IPWSO) e publicou neste mês de julho sua primeira Newsletter. Durante o simpósio organizamos uma exposição dos trabalhos artísticos e literários de alguns pacientes, tornando memorável este encontro entre os profissionais, os familiares e os pacientes que puderam vivenciar a nossa instituição não apenas como o local onde buscam tratamento, mas também o lugar que os reconhece e os apoia na sua integralidade.

A segunda parte do evento, dedicada aos profissionais e alunos, contou com a dra. Leticia Guida que nos brindou com uma primorosa aula de genética. A dra. Leticia é chefe do Laboratório de Alta

Complexidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz), fez seu doutorado pela Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA no laboratório para o estudo das síndromes de Prader-Willi e Angelman (SA) sob a coordenação do Dr. Robert Nicholls (especialista que descreveu o mecanismo de imprinting genômico associado às síndromes). A Dra. Leticia mantém uma parceria com o Dr. Robert Nicholls em projeto de pesquisa para o desenvolvimento de metodologias de rastreamento para a síndrome, projeto de pesquisa do qual participamos em um braço de tratamento com GH. Além da genética, aprendemos muito com as psiquiatras Dra. Evelyn Soffitti e Dra. Camila Pinna, especialista em distúrbios do sono, e com as endocrinologistas coordenadoras do ambulatório de Prader-Willi, Dras Roberta Tarantino e Cristiane Azevedo. Agradecemos a participação

de todos os integrantes da equipe do ambulatório que tornaram o evento possível, com a certeza de que esse momento de integração fortaleceu ainda mais os nossos laços nessa lida diária e apaixonada pela diversidade.

Outro importante evento foi a nossa terceira Caminhada de Conscientização sobre a SPW, na Av. Atlântica, que contou com um número maior de pessoas comparado à caminhada de 2016 e a grande novidade foi o lançamento do mascote da associação, que em referência à alteração no cromossomo 15 recebeu o terno e sugestivo nome de Quinzinho, e encantou não só as crianças mas também os adultos presentes. Por fim, em junho, recebemos no IEDE a visita da Sra. Amalia Ballart, diretora da associação chilena da SPW e também secretária da IPWSO com o objetivo de unificar informações e estreitar os laços com a comunidade sul-americana da SPW. Na ocasião fomos

informados e convidados para o Primeiro Congresso Sul-Americano da SPW que acontecerá no Chile nos dias 08 e 09 de setembro de 2017.

Como uma homenagem aos pais que enfrentam inimagináveis lutas diárias, o nosso reconhecimento!!!

“Uma criança fora do padrão é uma porta e uma oportunidade para se ver algo além. Ela precisa do melhor dos pais e devolve alegrias em dobro a cada mínima conquista, como uma medalha para os pais que estão ali, despidos de vaidade, ligados à essência da vida.”

“O Que é que ele tem”  
Olivia Byington

Saudações,

Dra. Silvia Freitas

Coordenadora geral do SOTA

# Increased Eating Frequency Is Associated with Lower Obesity Risk, But Higher Energy Intake in Adults: A Meta-Analysis

Yue-Qiao Wang<sup>1</sup>, Yun-Quan Zhang<sup>2</sup>, Fei Zhang<sup>1</sup>, Yi-Wen Zhang<sup>1</sup>, Rui Li<sup>1,\*</sup> and Guo-Xun Chen<sup>3</sup>



Mourilhe Silva CL, Barroso Neto C, Filipak MC, Conde TN

Nutricionistas do Serviço de Obesidade e Transtornos Alimentares do IEDE  
Article

**A** obesidade é considerada uma doença multifatorial que ocorre pela interação entre os fatores genéticos e condições do ambiente. Caracteriza-se pelo acúmulo de tecido adiposo, devido ao desequilíbrio entre o consumo de calorias e o gasto calórico, gerando ganho de peso entre os indivíduos susceptíveis. Este desequilíbrio ocorre pela diminuição da atividade física e pelo consumo aumentado de alimentos calóricos, especialmente o excesso de gorduras e açúcar. As consequências da obesidade são várias: resistência insulínica, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e dislipidemias, dentre outras. Com isso, atualmente, são diversas as tentativas e condutas nutricionais para combater a obesidade<sup>1,2</sup>.

Inúmeros estudos e ensaios controlados compararam estas condutas e dietas para o tratamento da obesidade com a

finalidade de validar as recorrentes dietas da moda. Porém o tema continua controverso, levando à hipótese de que não existe um modelo ideal e sim condutas diferentes com perdas de peso ligeiramente maiores ou menores<sup>3</sup>. Dessa forma, os comentários a seguir referem-se a uma meta-análise que avaliou diversos estudos observacionais e demonstrou que o aumento da frequência alimentar está associado ao menor risco de obesidade em adultos<sup>4</sup>.

Os estudos avaliados demonstraram uma relação inversa entre a frequência alimentar (FA) e o risco de obesidade, nos quais os adultos com FA elevada tinham probabilidades 17% mais baixas de sobrepeso e obesidade, esta relação foi observada, sobretudo, em homens. Apesar disso, a maior FA também se mostrou associada a uma maior ingestão energética (IE). Os autores levantaram hipóteses e teorias que poderiam explicar essa relação negativa entre a FA e o risco de obesidade, como por exemplo, uma melhora na qualidade da dieta, com a ingestão de alimentos com menor densidade energética<sup>5</sup>. Sendo assim, apesar de ter sido constatado um maior consumo energético, o aumento da FA estaria associado a um melhor controle do apetite, porém os estudos nesta área são limitados. Outra hipótese, seria o fato de que o aumento da FA ocasionaria um aumento no efeito térmico dos alimentos, o qual seria um dos determinantes do gasto energético total de um indivíduo. Por outro lado, vários estudos epidemiológicos sugerem que a relação negativa entre a FA e o risco de obesidade poderia ser atribuída ao viés de notificação, considerando que os indivíduos obesos costumam subestimar o consumo de alimentos.

Os autores especulam que o tamanho da porção do alimento está diretamente relacionado ao aumento da ingestão alimentar, podendo favorecer o sobrepeso e a obesidade<sup>6</sup>. As porções alimentares nas refeições realizadas fora do domicílio tendem a ser maiores e apresentam predominância dos alimentos com alto conteúdo energético e pobre conteúdo nutricional<sup>7</sup>, comumente encontrados em estabelecimentos como restaurantes comerciais, *fast foods* e supermercados. Este fato pode ser considerado um fator importante para influenciar a IE. As pessoas tendem a comer mais do que o necessário quando estão diante de grandes quantidades de alimentos ou quando há oferta de grandes porções<sup>8</sup>. Com isso surge a necessidade de uma maior atenção ao tamanho da porção alimentar como um fator que não pode ser negligenciado na avaliação da relação FA e obesidade, pois é um determinante de consumo de energia e consequentemente, do controle do peso.

Um aspecto fundamental a ser mencionado é que, em alguns estudos, a atividade física está positivamente correlacionada com a FA, sugerindo que os indivíduos com maior FA tenderiam a apresentar um estilo de vida mais ativo, com uma maior ingestão mas também maior gasto energético, quando comparados àqueles com menor FA.<sup>9,10</sup> Logo, esse achado pode explicar parcialmente os diferentes efeitos da FA sobre o risco de obesidade.

Os estudos que buscam avaliar a FA mais adequada para o tratamento da obesidade apresentam limitações relacionadas tanto à definição inconsistente de FA quanto à validade e à confiabilidade dos questionários de frequência e recordatório



alimentar para avaliar a FA e a IE. No entanto, esta é uma limitação comum aos estudos que avaliam comportamentos dietéticos<sup>11</sup>, uma vez que ainda não há consenso sobre a melhor estratégia de avaliação.

Atualmente, um dos maiores desafios dos profissionais de saúde está relacionado ao enfrentamento da epidemia de obesidade. Para que um indivíduo mantenha um equilíbrio cuidadoso entre as calorias consumidas e o gasto energético visando manter o seu peso corporal em uma faixa recomendada, estratégias dietéticas para

reduzir o consumo de calorias devem ser utilizadas, incluindo a limitação do tamanho das porções e de grupos de alimentos, ou certos macronutrientes, tais como carboidratos ou gorduras. Entretanto, todos os profissionais que trabalham nessa área sabem que estas estratégias têm aceitação e sustentabilidade limitadas no longo prazo. Portanto, no cenário clínico e populacional permanece a orientação para o consumo de uma alimentação rica em frutas, vegetais, grãos, carnes magras e produtos lácteos com baixo teor

de gordura, muitas vezes ricos em fibras e de baixa densidade energética, como a ferramenta disponível para o controle da fome e manutenção da sensação de saciedade e satisfação a longo prazo com menos ganho de peso. Enquanto as políticas públicas que informem e eduquem a população e estimulem práticas saudáveis de alimentação não forem implementadas continuaremos a conviver e a constatar em cada nova pesquisa o aumento dos índices, já alarmantes, da obesidade no nosso país.<sup>12,1,2</sup>

## Referências bibliográficas

1. Jensen M. et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(2):102-138.
2. Webb V. e Wadden T. Intensive Lifestyle Intervention for Obesity: Principles, Practices, and Results. *Gastroenterology* 2017 May; 152(7):1-13.
3. Johnston BC, Kanters S, Bandayrel K, et al. Comparison of weight loss among named diet programs in overweight and obese adults: a meta-analysis. *JAMA* 2014; 312: 923-33.
4. Wang YQ, Zhang YQ, Zhang F, Zhang YW, Li R, Chen GX. Increased Eating Frequency Is Associated with Lower Obesity Risk, But Higher Energy Intake in Adults: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016 Jun; 13(6):1-16.
5. Louis-Sylvestre, J.; Lluch, A.; Neant, F.; Blundell, J.E. Highlighting the positive impact of increasing feeding frequency on metabolism and weight management. *Forum Nutr.* 2003;56:126-128.
6. Rodrigues AGM.; Proença RPC. Uso de Imagens de alimentos na avaliação do consumo alimentar. *Rev. Nutr., Campinas*. 2011 set/out; 24(5):765-776.
7. Bezerra IN; et al. Consumo de alimentos fora do domicílio. *Rev. Saúde Pública* 2013;47(1):200-11.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª edição. Brasília, DF. 2014.
9. Holmback, I.; Ericson, U.; Gullberg, B.; Wirfalt, E. A high eating frequency is associated with an overall healthy lifestyle in middle-aged men and women and reduced likelihood of general and central obesity in men. *Br. J. Nutr.* 2010;104: 1065-1073.
10. Karatzi, K.; Yannakoulia, M.; Psaltopoulou, T.; Vaidonikola, P.; Kollias, G.; Sergentanis, T.N.; Retsas, T.; Alevizaki, M.; Papamichael, C.; Stamatiopoulos, K. Meal patterns in healthy adults: Inverse association of eating frequency with subclinical atherosclerosis indexes. *Clin. Nutr.* 2015;34: 302-308.
11. Wang, Y.; Beydoun, M.A.; Li, J.; Liu, Y.; Moreno, L.A. Do children and their parents eat a similar diet? Resemblance in child and parental dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *J. Epidemiol. Community Health*. 2011; 65:177-189.
12. Ryan D. Guidelines for Obesity Management. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2016; 45:501-510.

# Agora, para a maioria dos exames de sangue, não precisa de jejum.

O Sérgio Franco flexibilizou o jejum dos exames laboratoriais. Agora, com 3 horas sem ingerir alimentos ou até sem nenhum jejum, você já pode realizar a maioria dos exames de sangue.

Para mais informações, acesse nosso site: [sergiofranco.com.br](http://sergiofranco.com.br).



Resp. Téc. Dr. Gustavo A. Campana - CRM 52.010/745-2.

Atendimento ao cliente:  
(21) 2672 7070



**Sérgio Franco**  
Medicina Diagnóstica

PORQUE CONFIANÇA É UMA CONQUISTA

# Tratamento Compulsório na Anorexia Nervosa: Uma Revisão

## Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review



**Elzakkers**  
IFFM, Danner  
UN, Hoek HW,  
Schmidt U, van  
Elburg AA. *Int J  
Eat Disord* 2014;  
47:845–852



**Vitor Residente  
(R4)**  
Psiquiatria do  
Instituto de  
Psiquiatria da  
UFRJ (IPUB)  
e José Carlos  
Appolinario –  
psiquiatra do  
SOTA-IPUB,  
Doutor em  
Psiquiatria pela  
UFRJ

doentes, em casos graves, que envolvem um potencial risco de vida, o profissional de saúde pode se ver numa situação difícil quando decide hospitalizar um paciente que não aceita este procedimento por não ter consciência de sua morbidade.

No ano de 2014 foi publicado um estudo no *International Journal of Eating Disorders*, no qual os autores fazem uma revisão sistemática sobre o tratamento compulsório da anorexia nervosa. A publicação intitulada “Compulsory treatment in Anorexia Nervosa: A review” é uma revisão sistemática dos estudos realizados até então sobre o acompanhamento de pacientes submetidos a internação compulsória comparado com internação voluntária. Na introdução, o manuscrito apresenta dados estatísticos sobre a doença, relatando uma prevalência durante a vida entre mulheres jovens de 2,2%<sup>1</sup> e ressaltando que seu prognóstico não é favorável, tendo em vista que em 20% dos casos a doença se mantém grave e que a recuperação parcial ocorre em apenas 50% dos casos.<sup>2,3</sup>

Seguindo uma metodologia rigorosa para busca de artigos proposta pelo sistema PRISMA, os autores identificaram inicialmente mais de mil artigos dentre as principais bases de dados existentes. Após uma revisão rigorosa em relação aos critérios de inclusão e exclusão propostos os autores selecionaram quinze estudos relacionados ao tema. Esses artigos foram revisados e os autores apresentaram uma análise qualitativa dos mesmos.

Sobre a frequência do tratamento compulsório da Anorexia Nervosa, observou-se que este recurso é utilizado por 1,5 a 11,6% dos pacientes no Serviço de Saúde Mental da Grã-Bretanha.<sup>4</sup> Já, na Austrália, os autores reportaram que até 28% das admissões hospitalares são feitas de forma

compulsória entre os pacientes com anorexia nervosa.<sup>5</sup> Já, nos Estados Unidos os dados são escassos, porém, em um artigo proveniente da Universidade de Iowa os investigadores relataram a utilização da internação compulsória em em 28 de 170 (14,4%) pacientes anoréxicas.<sup>6</sup>

Quanto ao desfecho do tratamento compulsório em pacientes com anorexia nervosa, cinco estudos mostraram que, tanto a sintomatologia, quanto a presença de comorbidades são mais graves em pacientes internados compulsoriamente quando comparados àqueles internados de forma voluntária.<sup>7</sup> A duração do tratamento e a mortalidade pós-alta, após cinco anos foi maior no grupo compulsório. Entretanto, os autores associaram esse achado de uma maior mortalidade observada no grupo dos submetidos a tratamento compulsório, a uma maior gravidade da doença neste grupo.

Alguns fatores estiveram associados à ocorrência de internação compulsória na anorexia nervosa: a presença de internação prévia, a presença de mais comorbidades psiquiátricas e um índice de massa corporal (IMC) muito baixo.<sup>5,8,9</sup> Um fato extremamente positivo avaliado nestes estudos foi a mudança na atitude dos pacientes quanto à necessidade de intervenção hospitalar durante o curso da internação. Os autores relataram que a visão dos pacientes sobre a internação mudou em grande parte após duas semanas de internação compulsória, ou seja, enxergaram que de fato necessitavam dessa modalidade de tratamento.<sup>10</sup>

Por fim os autores levantam alguns pontos importantes relacionados a esta área do conhecimento. Apesar da anorexia nervosa ser uma doença impactante e da internação compulsória ser algumas vezes

**A**norexia Nervosa é uma doença que se caracteriza por uma restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, gerando um peso que é menor que o minimamente normal. Associado a isso, há o medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo ou comportamentos persistentes que interferem com o seu ganho, além de uma perturbação na forma que o paciente vivencia o seu peso e a sua forma corporal. A anorexia nervosa é uma condição clínica que impacta, tanto o funcionamento psicológico, como o desempenho físico do indivíduo. Os pacientes podem evidenciar importantes complicações clínicas devido à desnutrição e a anormalidades hidroeletrólíticas. Na esfera psiquiátrica, o risco de suicídio também pode ser um outro fator complicador. Como grande parte dos pacientes com anorexia nervosa não se consideram

um último recurso utilizado em casos com grave risco à integridade do indivíduo, esta intervenção é pouco estudada. Existe um número limitado de estudos, a grande

maioria vinda do Reino Unido e da Austrália, apresentando algumas limitações metodológicas. Entretanto, os dados existentes permitem concluir que a internação

compulsória de pacientes com anorexia nervosa é um recurso importante e válido para lidar com casos extremamente graves, sendo utilizado em diversos países.

### Referencias bibliográficas

1. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389–394.
2. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43:195–204.
3. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007;164:1259–1265.
4. Crisp AH. *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. New York: Academic Press, 1980.
5. Carney T, Tait D, Touyz S. Coercion is coercion? Reflections on trends in the use of compulsion in treating anorexia nervosa. *Aust Psychiatry* 2007;15: 390–395.
6. Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:1806–1810.
7. Ayton A, Keen C, Lask B. Pros and cons of using the mental health act for severe eating disorders in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:14–23.
8. Carney T, Wakefield A, Tait D, Touyz S. Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43:159–165.
9. Carney T, Tait D, Richardson A, Touyz S. Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:199–206.
10. Tan JO, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33:13–19.

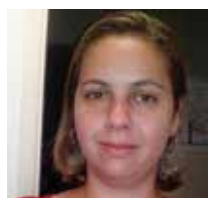
## ARTIGO COMENTADO

# Mindfulness para o tratamento da compulsão alimentar: uma revisão sistemática e meta-análise

*Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis.* Godfrey, KM, Gallo, LC & Afari, N. *Journal of Behavioral Medicine*, 2014, 38(2), 348-362



**Monica Duchesne**  
Coordenadora  
de Psicologia do  
SOTA



**Danielle Veiga**  
Psicóloga do  
SOTA

As intervenções baseadas em *Mindfulness* têm sido cada vez mais utilizadas no tratamento da compulsão alimentar. A revisão sistemática e meta-análise comentada no presente artigo procura resumir a literatura sobre esse modelo de intervenção no tratamento do transtorno da compulsão alimentar (TCA). O TCA é caracterizado por episódios de compulsão alimentar (ECA) recorrentes na ausência de uso regular de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso corporal. Os ECA são definidos pela ingestão de uma quantidade excessiva de alimento, acompanhada do sentimento de perda de controle do comportamento alimentar.<sup>1</sup>

Vários artigos analisados na revisão sistemática comentada neste artigo partem do pressuposto de que os ECA se associam a uma baixa conscientização interoceptiva, definida como uma falha em identificar e reconhecer sensações subjetivas, incluindo menor *percepção* de sinais de fome (tais como redução da taxa de açúcar no sangue ou estômago roncando) e menor conscientização dos sinais de feedback de saciedade que indicam que o indivíduo deve parar de comer um alimento específico ou uma refeição inteira (por exemplo,

sensação de plenitude gástrica, distensão do estômago e aumento da taxa de açúcar no sangue).<sup>2</sup> Os ECA também poderiam estar associados à restrição alimentar inadequada; dificuldades para lidar com estados emocionais desconfortáveis como tristeza, angústia ou raiva intensas e redução da capacidade para controlar impulsos.<sup>2</sup>

O *Mindfulness*, também chamado de Atenção Plena ou Consciência Plena, inclui um conjunto de práticas que visam aprimorar a capacidade de perceber sensações físicas, emoções e pensamentos de modo a melhorar o modo como lidamos com seus efeitos, melhorando a autorregulação emocional.<sup>3</sup> O *Mindfull Eating*, ou Consciência Plena Alimentar (CPA), consiste na aplicação dos princípios de *Mindfulness* ao comportamento alimentar. A CPA se baseia nas pesquisas sobre os processos que regulam os gatilhos físicos associados à ingestão de alimentos<sup>4</sup>, na teoria e pesquisa sobre o valor clínico de certos tipos de meditação,<sup>2,3</sup> e nas pesquisas que descrevem o padrão de disfunção emocional e alimentar característico do TCA.<sup>2</sup>

Os objetivos da CPA incluem diminuir a reatividade do paciente aos alimentos associados aos ECA, treinando-o a tolerar o impulso para comer de modo inadequado. Os exercícios objetivam também fortalecer a autorregulação da alimentação, que passa a ser baseada nos processos fisiológicos atuantes no início, condução e encerramento do ciclo alimentar, de modo a interromper ciclos alimentares disfuncionais, como aqueles com restrição alimentar inadequada e ECA.<sup>6,7</sup>

Um componente da CPA é o foco na saciedade sensorial específica, que envolve os processos pelos quais as papilas gustativas diminuem sua sensibilidade ao gosto após a ingestão de quantidades relativamente pequenas de qualquer tipo de

alimento saboreado de forma lenta e atenta.<sup>8,9,10</sup> Portanto, alguns exercícios propostos envolvem treinar o paciente para observar o modo como o alimento pode se tornar gradativamente menos atraente depois do consumo consciente de algumas porções do mesmo. Os indivíduos com ECA tendem a ignorar esses sinais de feedback.<sup>9,10</sup>

Parte dos exercícios práticos consiste em treinar o paciente a comer de forma atenta os alimentos em geral e, em particular, pequenas porções daqueles que se associam aos ECA. As práticas focam em saborear alimentos tão plenamente quanto possível: atentar para o cheiro, textura, modificações de sabor ao longo do consumo de cada porção do alimento; atentar para sinais de fome e saciedade, e para os pensamentos e sentimentos associados à experiência de consumo do alimento; conscientizar o paciente sobre o modo como a alimentação consciente difere da alimentação impulsiva, quando alimentos são consumidos automaticamente.<sup>2,6,7</sup> Os exercícios são realizados na sessão e devem ser repetidos entre as sessões, quando o paciente deve explorar como comer de forma mais consciente alimentos variados no dia a dia.

Os programas para aumento de CPA incluem também reflexões sobre o padrão de escolha de alimentos, que é gerenciado de forma personalizada pelo próprio paciente, com base em orientações gerais sobre nutrição. Portanto, a CPA enfatiza a necessidade de autorregulação conciliando os desejos pessoais com as diretrizes baseadas em nutrição. Se o paciente é obeso, ele é incentivado a diminuir a quantidade de energia ingerida, mas o foco está no modo como isso é realizado: de forma flexível e sustentada. A meta é que ele aprenda a equilibrar suas escolhas entre as necessidades clínicas e a satisfação pessoal. As práticas que aumentam a consciência

das experiências internas podem levá-lo a optar por parar de consumir alguns alimentos de forma mais permanente para perda de peso, melhora da saúde ou pela percepção de que não são tão saborosos.<sup>7,8</sup>

Alguns autores conceituam os ECA como uma forma de reduzir afetos negativos e evitar a vivência de experiências internas aversivas.<sup>11,12</sup> Indivíduos com TCA geralmente reconhecem que usam a alimentação para reduzir estresse e emoções “negativas”. A meditação *mindfulness* é uma das práticas utilizadas ao longo do treinamento em CPA para ajudar o paciente a lidar com essas emoções, reduzindo a reatividade desadaptada que poderia levar à alimentação impulsiva. Embora inicialmente a prática de meditação tenha estado associada a religiões, como o budismo, a meditação aplicada à CPA não tem associação com aspectos religiosos. Ela é utilizada como um método de “treinamento mental” que ajuda o indivíduo a se autoconscientizar sobre seus estados mentais e físicos vividos no momento. Isso significa que ele passa a ter controle sobre onde deseja colocar o foco da sua consciência e pode lidar melhor com situações e emoções intensas de modo geral.<sup>3,8</sup>

Além dos formatos mais longos de meditação, são também utilizados breves momentos de meditação. As minimeditações envolvem parar por alguns momentos ao longo do dia e se tornar consciente dos sentimentos, pensamentos e sensações. Elas pretendem englobar vários momentos do dia a dia em que é preciso parar, observar sentimentos internos de fome ou plenitude, além de ter consciência de

pensamentos e sentimentos que podem impactar nas escolhas alimentares. Foram desenvolvidas com base em programas de redução de estresse e depressão e são particularmente importantes nos momentos que antecedem as refeições ou em momentos durante os quais os ECA têm maior probabilidade de ocorrer.<sup>2,7</sup>

Algumas estratégias da CPA também encorajam o paciente a interpretar emoções como eventos passageiros que não requerem comportamentos específicos. A compreensão de que os pensamentos e sentimentos são transitórios pode reduzir a necessidade de “agir” sobre eles imediatamente. O indivíduo pode aprender a tolerá-los e experimentar “deixá-los passar” sem apresentar um ECA. Ao observar suas próprias reações, incluindo sensações e pensamentos, o paciente pode perceber que a premência para ter ECA decresce com o tempo, mesmo que ele não se alimente. Portanto, ele pode aprender a suportá-las sem utilizar um comportamento neutralizador disfuncional.<sup>7,9</sup>

Estudos com abordagens baseadas em *mindfulness* relataram melhora clínica de diversos transtornos psiquiátricos que cursam com dificuldades na autorregulação, como por exemplo, os transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e o transtorno pelo uso de substâncias<sup>3,13</sup>. Baseado nos resultados positivos observados em outros transtornos psiquiátricos, alguns programas de CPA têm sido desenvolvidos como proposta para complementar o tratamento do TCA. Os protocolos de tratamento para o desenvolvimento da CPA variam em ter-

mos do formato da sessão mas, em geral, as sessões começam com um breve período de meditação (com uma instrução mais extensa nas primeiras sessões), seguido de discussão das dificuldades da semana anterior e do progresso já obtido com os exercícios praticados. Cada sessão foca um tema específico e inclui orientações para práticas em casa, com atividades semelhantes às desenvolvidas na sessão. Os protocolos de CPA podem ser realizados em grupo ou individualmente.<sup>2,6,7</sup>

A metanálise discutida no presente artigo analisou 19 estudos que utilizaram as estratégias anteriormente descritas e reportou que as intervenções baseadas em *Mindfulness* resultaram na redução dos ECA no curto prazo, com efeitos de média a grande magnitude. Contudo, houve alta heterogeneidade estatística entre os estudos<sup>11,13</sup>. Os resultados dessa metanálise são semelhantes aos resultados da revisão sistemática elaborada por Katterman SN e cols. (2014)<sup>14</sup> que analisou 14 estudos e também relatou redução de frequência de ECA no curto prazo.

Os bons resultados relatados nas pesquisas preliminares indicam a importância de aprofundar esse campo de estudo. Futuras pesquisas são necessárias para especificar os mecanismos subjacentes através dos quais a CPA exerce seus efeitos, avaliar os resultados da CPA no longo prazo e comparar a eficácia de tratamentos baseados em CPA com a Terapia Cognitivo-Comportamental, modelo de psicoterapia considerado escolha de primeira linha para o tratamento do TCA.<sup>15</sup>

## Referências bibliográficas

1. Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.). São Paulo: Artmed.
2. Kristeller, J., Wolever, R.Q. & Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), 282.
3. Teasdale, J., Williams, M. & Segal, Z. Manual Prático de Mindfulness: Um Programa de Oito Semanas para Libertar Você da Depressão, da Ansiedade e do Estresse Emocional (2013). São Paulo: Editora Pensamento.
4. Raynor, H.A. & Epstein, L.H. (2001). Dietary Variety, Energy Regulation and Obesity. *Psychological Bulletin*, 127(3), 325
5. Duchesne, M. (2010). Avaliação de Funções Executivas e Habilidades Sociais em Indivíduos Obesos com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Rio de Janeiro: Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
6. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J.L., Peterson, L.G., Fletcher, K.E. & Pbert, L. et al. (1992). Effectiveness of a Meditation-Based Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
7. Kristeller, J. The Joy of Half a Cookie : Using Mindfulness to Loose Weight and End the Struggle with Food. (2013). New York: Perigee
8. Tribole, E. & Resch, E. Intuitive Eating: A Revolutionary Program that Works (2012). New York: StMartin'sGriffin.
9. Rolls, E.T. (2006). Brain Mechanisms Underlying Flavour and Appetite. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Series*, 361 (1471), 1123-1136.
10. Heatherington, M.M. & Rolls, B.J. (1996). Sensory-specific Society: Theoretical Frameworks and Central Characteristics. In: Capaldi, E.D. (ed.) Why We Eat What We Eat. Washington D.C.: American Psychological Association.
11. Wonderlich, S.A., De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Peterson, C. & Crow, S. (2003). Psychological and Dietary Treatments of Binge Eating Disorder: Conceptual Implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34, Suppl S58-73.
12. Crowther, J.H., Sanftner, J., Bonifazi, D.Z. & Shepherd, K.L. (2001). The Role of Daily Hassles in Binge Eating. *Int J of Eating Dis*, 29(4), 449-454.
13. Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S. & Grow, J. et al. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
14. Katterman, S.N., Kleinman, B.M., Hood, M.M., Nackers, L.M., Corsica, J.A. (2014) *Eat Behav*. 2014;15(2):197-204. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review.
15. National Institute for Health Care and Excellence (NICE). (2014). Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9/evidence/full-guideline-243824221>, 69-71.

# Resposta precoce ao tratamento dos transtornos alimentares: Uma revisão sistemática e uma meta-análise de acurácia diagnóstica

**Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis** Bruno Palazzo Nazar, Louise kathrine Gregor, Gaia Albano, Angelo Marchica, Ginaluca Lo Coco, Valentina Cardi & Janet Treasure.  
**European Eating Disorders Review** , Nazar et al., 2017



**Bruno Nazar**

Supervisor de psiquiatria do SOTA-IPUB  
 Senior Visiting Researcher-King's  
 College London

## Introdução

Uma parcela importante de pacientes com Transtornos Alimentares (TA) pode apresentar um curso de doença crônico. Visto que, quanto maior o tempo de atividade do transtorno, pior a resposta aos tratamentos disponíveis, é fundamental que possamos intervir nas fases iniciais dos TA. O manejo de doenças crônicas pode ser otimizado pela implementação de estratégias nas quais o planejamento terapêutico é modificado de acordo com elementos da história clínica, perfil de comorbidades e/ou resposta a tratamentos anteriores. A busca de marcadores de resposta clínica precoce pode auxiliar no ajuste do tratamento de forma a personalizá-lo e assim promover melhores desfechos clínicos.

A resposta precoce no tratamento dos TA se refere a uma melhora clínica significativa, ocorrendo nas primeiras semanas do tratamento (p.ex. redução precoce de

ciclos de compulsão alimentar e purgação na Bulimia Nervosa). Em uma recente meta-análise de preditores de remissão nos tratamentos de TA (Vaall & Wade, 2015), a resposta precoce foi identificada como o fator que melhor conseguia prevenir a remissão de sintomas ao final dos protocolos clínicos. Ao separar os pacientes com TA em respondedores precoces ou não-respondedores precoces, podemos delimitar um grupo que vai necessitar de estratégias extras para melhorar a chance de atingir a remissão dos sintomas.

Uma outra revisão com meta-análise sobre resposta precoce em tratamentos para TA explorou a definição do conceito de “precoce” nas várias síndromes de TA (Linardon, Brennan, De La Piedad Garcia, 2016). Os autores encontraram que as diversas definições de resposta precoce estavam relacionadas à remissão, tanto ao final dos protocolos de tratamento, como na manutenção da remissão nas avaliações de seguimento de 6 meses e de 1 ano. Além disso, encontraram que o tipo de TA, a definição utilizada para “resposta precoce” e a modalidade de tratamento, não atuavam como moderadores do tamanho de efeito na obtenção da remissão.

No presente estudo, avaliamos a acurácia de prever a remissão ao final do tratamento a partir da resposta precoce em tratamentos para anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA).

## Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática incluindo artigos relacionados a respos-

ta precoce ao tratamento em TA seguindo as diretrizes PRISMA (Moher et al., 2009). A meta-análise foi obtida seguindo as diretrizes para meta-análise de acurácia de testes diagnósticos propostas pelo grupo Cochrane (Macaskill et al., 2010). Esta metodologia proporciona medidas da acurácia dos testes diagnósticos na identificação do desfecho investigado. Examinamos a força do conceito de resposta precoce como preditora do desfecho. Os pacientes que obtiveram resposta precoce e atingiram remissão foram classificados como “verdadeiro positivos”; aqueles que apresentaram resposta precoce, mas não remitiram, como “falso negativos”; aqueles que não obtiveram resposta precoce, mas remitiram, como “falso positivos” e os que não tiveram resposta precoce e não remitiram como “verdadeiro negativos”. A partir desses dados foram calculados Sensibilidade, Especificidade, Razão de Verossimilhança Positiva (LR+), do inglês, Positive Likelihood Ratio), Razão de Verossimilhança Negativa (LR-), do inglês, Negative Likelihood Ratio) e a Razão de Chances (OR, do inglês, Odds Ratio) de um paciente com resposta precoce ao tratamento atingir a remissão. As medidas de acurácia diagnóstica foram calculadas para AN, BN e para o TCA.

## Resultados

A busca resultou em 24 artigos elegíveis para a síntese qualitativa. No tratamento da AN, a resposta precoce, expressa por ganho de peso nas primeiras semanas, estava significativamente associada à re-

missão em diversos protocolos de tratamento (Family Based Therapy (FBT), Adolescent Focused Therapy (AFT), Cognitive Behavioural Therapy adapted to Eating Disorders (CBT-E)). A definição de resposta precoce variava, tanto no ganho de peso, como no tempo decorrido desde o início do tratamento, variando de 1,9kg na sessão 2 até 2,8kgs na sessão 10. A meta-análise dos estudos de pacientes com AN (n=3) foi realizada com a taxa de ganho de peso na semana 4 e demonstrou uma Sensibilidade de 57%; Especificidade de 78%; LR+ = 2.43; LR- = 0.58; OR = 4.85 (IC 95% 2,94-8,01).

Em relação à BN, 9 estudos avaliaram a resposta precoce ao tratamento e as definições desta resposta focaram na redução de episódios de compulsão alimentar e/ou purgação e também variaram no ponto do tratamento para mensuração dos sintomas. A resposta precoce prediz significativamente remissão da BN em diversos modelos de tratamento (CBT-E, FBT). A semana 6 do tratamento foi a mais relacionada à resposta precoce com melhoras da compulsão-purgação variando de 51% até 95%. A meta-análise dos estudos em BN (n=4) foi realizada com a taxa de redução da frequência de compulsão-purgação na semana 4

e demonstrou uma Sensibilidade de 64%; Especificidade de 63%; LR+ = 1.67; LR- = 0.62; OR = 2.75 (IC 95% 1,24-6,09).

A maior parte dos estudos de resposta precoce foi realizada para o TCA. Neste, também foram avaliadas diversas modalidades de aplicação da CBT-E, seja no modelo self-help com livros e módulos online, seja no modelo tradicional com psicólogo. A definição de resposta precoce focou na redução da frequência dos episódios de compulsão alimentar, avaliada predominantemente na semana 4 do tratamento, com reduções que variavam entre 65 e 70%. A meta-análise dos estudos em TCA (n=7) demonstrou uma Sensibilidade de 59%; Especificidade de 75%; LR+ = 2.41; LR- = 0.53; OR = 5.01 (IC 95% 3,38-7,42).

### Discussão e conclusão

A acurácia apresentada nos dados para AN indicam que o sucesso em ganhar peso nas primeiras semanas de tratamento ambulatorial é um importante sinal para avaliar remissão em um tratamento com duração de até 1 ano. Para a BN, a acurácia diagnóstica foi menos evidente e havia muita heterogeneidade entre os estudos,

de forma que o conceito de resposta precoce não se relacionou de forma tão robusta com a remissão. Assim como na AN, os dados encontrados para TCA corroboram que o conceito de resposta precoce prediz significativamente a remissão.

Calcular uma dose ótima de tratamento para a AN é particularmente importante, visto que o tratamento comum já implica em muitas horas de psicoterapia (p.ex. 15 x 1,5h de FBT associado ao monitoramento do paciente no período interconsultas ou 40 sessões em 40 semanas de CBT). Portanto, é importante identificar, logo no início do tratamento, quais pacientes precisarão de uma complementação ao projeto terapêutico inicial (utilização de medicação, módulos de treinamento cognitivo ou de habilidades sociais).

Visto que diversas modalidades de tratamento foram capazes de promover uma resposta precoce, alguns autores pesquisaram quais fatores estariam associados a esse desfecho. A motivação inicial do paciente, a capacidade de empatia do terapeuta e a força da aliança terapêutica nas primeiras semanas foram aqueles que mais se relacionaram à resposta precoce ao tratamento (Pereira, Lock & Oggins, 2006; Sly et al., 2013).

### Referencias bibliográficas

1. Linardon J, Brennan L, De La Piedad Garcia X. Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 16 ago. 2016.
2. Macaskill P et al. *Cochrane handbook for DTA reviews*. Disponível em: <<http://methods.cochrane.org/sdt/handbook-dta-reviews>>.
3. Moher D et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 7, p. e1000097, 21 jul. 2009.
4. Nazar B P et al. Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, v. 25, n. 2, p. 67-79, mar. 2017.
5. Pereira T, Lock J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, v. 39, n. 8, p. 677-84, dez. 2006.
6. Sly R et al. Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating behaviors*, v. 14, n. 2, p. 119-23, abr. 2013.
7. Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, v. 48, n. 7, p. 946-71, nov. 2015.



# Transtorno da compulsão alimentar

## Evolução dos critérios diagnósticos



### Silvia Freitas

Doutora em Saúde Coletiva/  
Epidemiologia pelo Instituto de  
Medicina Social da UERJ  
Coordenadora geral do Serviço de  
Obesidade e Transtornos Alimentares  
(SOTA) do IEDE

### Introdução

Na mais recente revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (APA-2013), o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) passou a integrar o rol de diagnósticos formais dentro do capítulo dos Transtornos Alimentares (TA). Até então ele permanecia descrito no apêndice B do DSM-4 (1994), onde se inseriam os transtornos cujas evidências científicas ainda não estavam disponíveis para validar um amplo uso clínico. Embora esse comportamento alimentar descontrolado que caracteriza o TCA tenha sido identificado e nomeado em 1959 como *binge eating* (BE), foi a partir da inclusão dos critérios diagnósticos provisórios do TCA no DSM-4, em 1994, que os estudos foram trazendo evidências relevantes que demonstraram sua validade e utilidade clínica, culminando com o seu reconhecimento como uma nova entidade diagnóstica e a sua inclusão formal no DSM-5 (Quadro 1).

A característica principal, o sintoma nuclear, central do TCA é a presença dos episódios de compulsão alimentar (ECA)

sem a utilização de métodos compensatórios a essa ingestão alimentar descontrolada, como ocorre na bulimia nervosa (BN). E o que caracteriza esse episódio? Quando ocorre um ECA? Esse episódio ocorre quando há a ingestão, em um período delimitado, circunscrito de tempo de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo similar e em condições similares, acompanhado do sentimento de falta de controle sobre o ato de comer. E o que caracteriza essa falta de controle? – Uma vez tendo iniciado o ato de comer, o indivíduo não consegue interromper o processo por iniciativa própria, nem controlar o que, nem o quantoingere.

O conceito de compulsão alimentar (CA), desde a sua formulação há mais de 50 anos, sofreu sucessivas alterações. Em 1959, de forma pioneira, o Dr. Albert Stunkard (Stunkard,1959) descreveu esse fenômeno clínico em indivíduos obesos, denominando-o BE e caracterizando-o pela ingestão de grandes quantidades de comida, de forma orgiástica, em intervalos de tempo irregulares. Em 1977, Stunkard modificou e ampliou as características do BE e passou a utilizar o conceito de Síndrome de Compulsão Alimentar (SCA) que incluía: 1. Ingestão impulsiva, episódica, descontrolada e rápida de uma grande quantidade de comida em curto período de tempo, 2. Término do episódio com desconforto físico (vômitos auto induzidos podiam ocorrer) e 3. Sentimentos de culpa, remorso e auto depreciação depois do episódio.

Paralelamente, no Reino Unido em 1979, Gerald Russel pesquisando anorexia nervosa (AN) descreveu um grupo de 30 pacientes que apresentavam episódios de descontrolado alimentar, o que as diferenciava das pacientes com AN. Denominou esse novo TA de Bulimia e os episódios, não chamou de compulsão alimentar (*binge eating*), mas de episódios bulímicos. Caracterizou os episódios que ocorriam

na bulimia como impulsos para comer demais, com descontrolado emocional após a ingestão de alimentos que engordavam, impossibilidade de interromper o episódio e a utilização de algum mecanismo para compensar essa ingestão excessiva, geralmente o jejum.

Assim, em 1980, a bulimia foi incluída no DSM-III com critérios muito abrangentes e mais baseados na SCA descrita por Stunkard, sem a inclusão de métodos compensatórios entre os critérios. Muitas pesquisas foram geradas depois dessa inclusão e, em 1987, a bulimia sofre uma modificação conceitual no DSM III-R, passa a se chamar bulimia nervosa (BN) aproximando-se mais da síndrome descrita por Russel e inclui em seus critérios os mecanismos compensatórios inadequados e a preocupação com o peso e a forma. A partir de então, pacientes com ECA, sem mecanismos compensatórios para controle do peso e sem preocupação acentuada com o peso e a forma não eram mais classificados nessa categoria. Esses critérios mais restritivos da BN excluíram os pacientes obesos com CA e sem mecanismos compensatórios.

Na década de 1990 são então realizados dois grandes estudos epidemiológicos multicêntricos nos EUA, publicados em 1992 e 1993 por Spitzer et al. para avaliar os critérios provisórios do Binge Eating Disorder (BED), traduzido para o português como Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), e que levaram ao delineamento desse novo transtorno. Assim, o BED/TCAP foi incluído no apêndice B do DSM-4 como um transtorno necessitando de mais estudos e evidências quanto à sua utilidade clínica. Os pacientes com BED/TCAP de acordo com os critérios provisórios do DSM-4 eram classificados na categoria de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE), categoria que incluía também aqueles pacientes que não apresentavam

todos os critérios para receberem o diagnóstico de AN ou de BN.

Do mesmo modo como aconteceu com a BN, uma profusão de pesquisas relacionadas a fatores de risco, comorbidades, diferenciação entre obesos com e sem CA, diferenciação entre pacientes com BN, dentre outras, acabaram por confirmar e estabelecer o BED/TCAP como um transtorno alimentar clinicamente importante e distinto dos outros, justificando sua inclusão no DSM-5 (2013) como um genuíno TA com muito poucas modificações em comparação aos seus critérios provisórios descritos no DSM-4. Especificamente, as alterações (Quadro 2) incluíram o critério de frequência da CA que passou de 2 dias na semana para 1 episódio de CA na semana e o critério de duração dos sintomas, que passou de 6 meses para 3 meses. Além disso foram incluídos critérios de gravidade baseados na frequência dos ECA, a saber: Leve: 1-3 ECA por semana, moderada: 4-7 ECA por semana, grave: 8-13 ECA por semana e extrema: 14 ou mais. Na tradução do DSM-5 (2014) para o português, também foi retirada a palavra “periódica” do nome do transtorno, a partir de então designado Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) e não mais Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

O TCA, embora mais prevalente do que a AN e a BN e associado com prejuízo na qualidade de vida, ainda é pouco reconhecido, sendo subdiagnosticado e subtratado nos settings clínicos. É um transtorno complexo, heterogêneo que cursa com comorbidades psiquiátricas, especialmente transtornos do humor (46% a 54%) e de ansiedade (37% a 65%) e clínicas, obesidade (30%), diabetes tipo 2 (1,4% a 9%) e síndrome metabólica (40%). Os clínicos devem estar atentos a essas condições comórbidas que, muitas vezes, são a causa da procura por tratamento médico, entretanto, se não diagnosticado, e não contemplado nas estratégias terapêuticas o TCA poderá impactar negativamente o desfecho de qualquer tratamento (Wilfley, 2016).

### Quadro 1. Transtornos incluídos no capítulo referente aos Transtornos Alimentares no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5 (2014)

- Pica
- Transtorno de Ruminação
- Transtorno alimentar restritivo/evitativo
- Anorexia Nervosa
  - Tipo restritivo
  - Tipo compulsão alimentar purgativa
- Bulimia Nervosa
- **Transtorno da Compulsão Alimentar**
- Outro Transtorno Alimentar Especificado
  - AN atípica – todos os critérios, menos o baixo peso
  - BN e TCA – frequência/duração (menos de 1x/semana e/ou menos de 3 meses)
  - Síndrome do Comer Noturno
- Transtorno Alimentar Não Especificado – quando não há suficiente informação para fazer um diagnóstico mais específico

### Quadro 2. Critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-5 (2014)

Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período determinado (p. ex. dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex. sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- A. Episódios de compulsão alimentar estão associados a três ou mais dos seguintes aspectos:

1. Comer mais rapidamente do que o normal.
  2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
  3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
  4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
  5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos **uma vez por semana durante 3 meses**
- E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.
- Especificar se:

**Em remissão parcial:** depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno da compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

**Em remissão completa:** depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno da compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

**Leve:** 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.

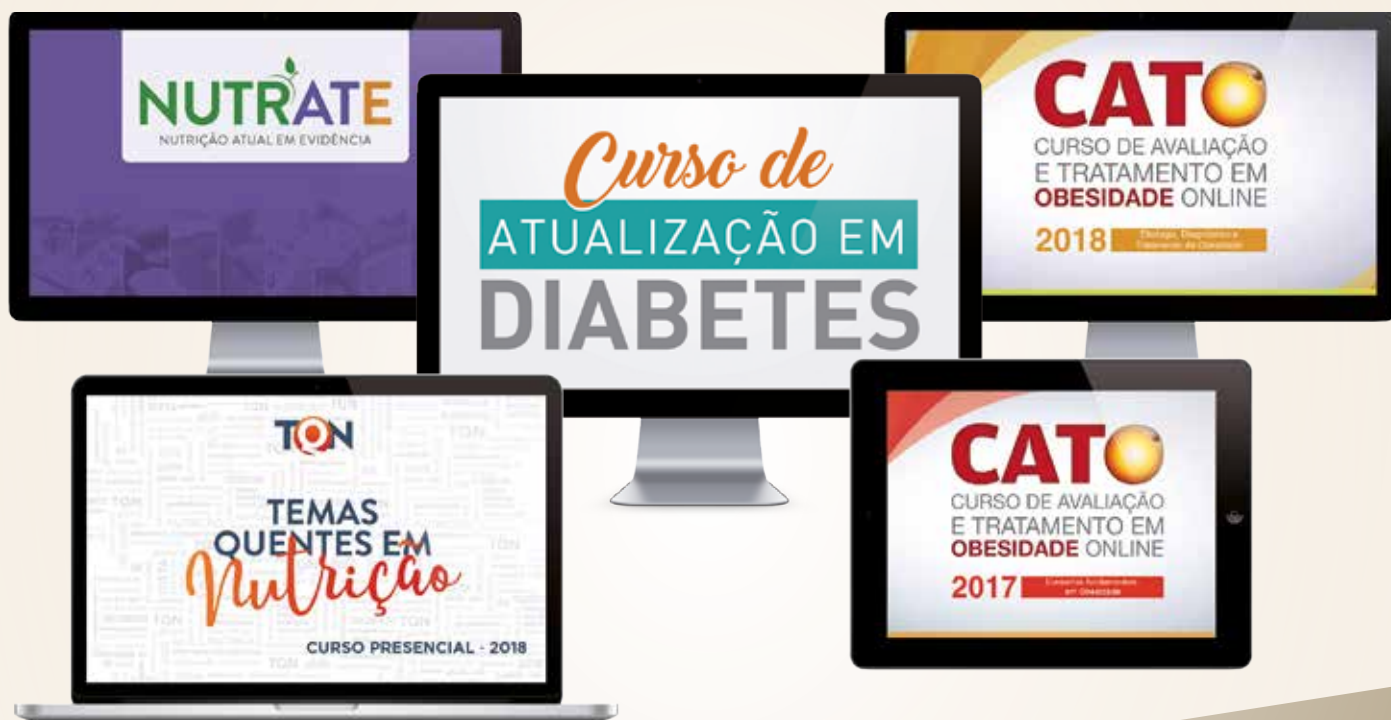
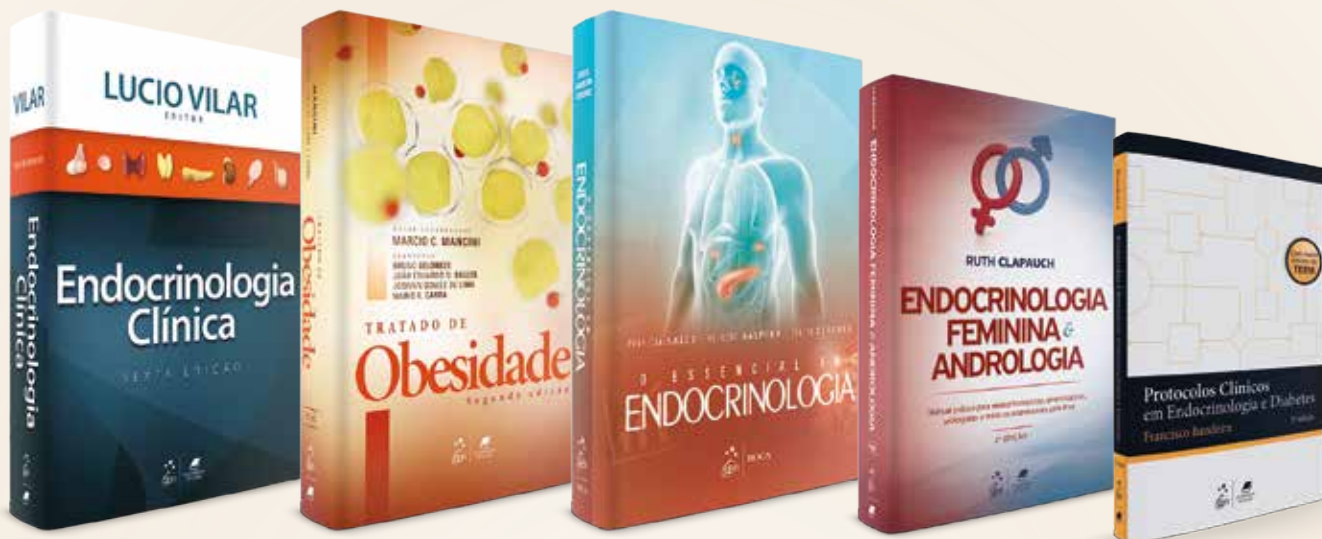
**Moderada:** 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Grave:** 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Extrema:** 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

### Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition, 1980; 3th Edition Revised, 1987; 4th Edition 1994; 5th Edition, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
2. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
3. Stunkard AJ. Eating Patterns and Obesity. *Psychiatric Quarterly* 1959; 33:284 – 295.
4. Stunkard AJ. A history of binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT. *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.1993; p.14–34.
5. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9(3): 429–448.
6. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992; 11(3):191–203.
7. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovsky S, Marcus MD, Wadden T, Wing R et al. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s “The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal”. *Int J Eat Disord* 1993; 13(2):161–169.
8. Wilfley DE, Citrome L, Herman BK. Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016;12 2213–2223.



Os melhores conteúdos em Endocrinologia,  
Metabologia e Nutrição.

Para saber mais e comprar → [www.grupogen.com.br](http://www.grupogen.com.br)

