

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Identificação e Avaliação de Comportamento de
Risco para Transtornos Alimentares em Pacientes
que Receberam Tratamento Individual para
Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Heloísa Toledo Garcia

Trabalho de Conclusão apresentado ao LXX
Curso de Graduação em Nutrição da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo
2016

**Identificação e Avaliação de Comportamento de
Risco para Transtornos Alimentares em Pacientes
que Receberam Tratamento Individual para
Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Heloísa Toledo Garcia

Trabalho de Conclusão apresentado ao LXX
Curso de Graduação em Nutrição da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2016

Dedicatória

A Deus, por ter me dado condições de chegar até aqui. Aos meus pais – Luiz Carlos e Célia – com amor incondicional, por todo o apoio e suporte ao longo da minha trajetória e por sempre acreditarem em mim. Ao meu irmão – Luiz Fernando – por todo companheirismo, amizade e por ter me apoiado durante esses anos.

Agradecimentos

À equipe do AMBAN-IPq-HCFMUSP por terem me acolhido com tanto carinho e atenção. Ao professor Francisco Lotufo, por ter aceitado me acompanhar nessa jornada. Em especial, a Lina Matsumoto pela amizade, por me proporcionar a oportunidade de realizar esse trabalho, pela dedicação ao me acompanhar nessa trajetória e por todo o suporte ao longo desse ano.

Resumo: Os Transtornos Alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos graves caracterizados por uma perturbação persistente no comportamento alimentar que resulta no consumo alterado de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física e psicossocial do indivíduo. Muitas vezes a dificuldade em se tratar pacientes com TA possa estar relacionado às comorbidades psiquiátricas e estudos alertam a necessidade de se investigar eventos traumáticos na infância e adolescência, e também dos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O estado de estresse pós-traumático constitui uma resposta à uma situação ou evento estressante, de natureza catastrófica, capaz de provocar perturbação na maioria das pessoas e que posteriormente provocaria a revivescência do evento traumático através de lembranças invasivas, sonhos ou pesadelos, anedonia e evitação de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Diversos estudos realizados com a população de indivíduos com TEPT tem demonstrado que esse grupo é bastante suscetível ao desenvolvimento de transtornos alimentares - em especial o Transtorno de Compulsão Alimentar. Baseado nisso, esse trabalho terá como objetivo principal identificar, através da aplicação do questionário *Eating Disorder Examination* versão questionário - *EDE-Q*, a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em pacientes diagnosticados e que receberam tratamento individual para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Descritores: Comportamento de risco, Transtornos Alimentares, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, trauma, *EDE-Q*.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	8
2. INTRODUÇÃO	9
3. OBJETIVO GERAL	12
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. MATERIAL E MÉTODO	12
4.1. AMOSTRA	13
4.2. PROCEDIMENTOS	14
4.3. MEDIDAS	15
4.3.1. Instrumentos para Avaliação dos Transtornos Alimentares	15
4.3.1.1. EDE- Q (<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>) – Exame de Desordem Alimentar – versão Questionário	16
4.3.2. Instrumento para Avaliação dos Sintomas de Trauma	17
4.3.2.1. DTS (<i>Davidson Trauma Scale</i>) – Escala Davidson de Trauma	17
4.3.3. Instrumento para Avaliação dos Sintomas de Ansiedade	18
4.3.3.1. BAI (<i>Beck Anxiety Inventory</i>) - Inventário Beck para Ansiedad	18
4.4. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	18
4.5. QUESTÕES ÉTICAS	19
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSSÃO	24
7. CONCLUSÃO	26
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ANEXOS

ANEXO A - Formulário de Solicitação do Espaço/ LABTEL	33
ANEXO B – Script primeira ligação telefônica	34
ANEXO C – <i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</i>	35
ANEXO D – Pontuação do <i>EDE-Q</i>	37

1. APRESENTAÇÃO

A Resolução Nº5 do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES) publicada em 7 de Novembro de 2001 é o documento que “Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição” e define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de nutricionistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Ainda, a mesma resolução define que o Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do formando egresso/profissional o Nutricionista (BRASIL, 2001)

Esta resolução também estabelece que a formação do nutricionista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares de carga horária igualmente distribuída em pelo menos três áreas de atuação: nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação e nutrição (BRASIL, 2001).

Como parte de minha formação profissional realizei estágio em área de nutrição clínica no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq - HCFMUSP). O estágio foi desenvolvido num período de aproximadamente dois meses e neste tempo tive a oportunidade de realizar minhas atividades na Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) , local onde pude ter contato mais próximo com os Transtornos Alimentares - tema que sempre foi de grande interesse pessoal. Ao longo do meu período de experiência na ECAL, foi possível observar que grande parte dos pacientes internados apresentavam concomitantemente ao transtorno alimentar, demais transtornos psiquiátricos, sendo que, muitas vezes, o transtorno alimentar se apresentava como secundário à um outro transtorno psiquiátrico - como depressão, transtorno bipolar, transtorno de personalidade *borderline*, entre outros.

Com base nessa experiência, despertei o interesse em buscar mais a fundo conhecimentos sobre essa associação entre outros transtornos psiquiátricos e transtornos alimentares. Buscando profissionais dentro do próprio Instituto de Psiquiatria e também através de contatos pessoais, me surgiu a oportunidade de trabalhar com a população de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que fazem acompanhamento no AMBAN-IPq-HCFMUSP.

2. INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos graves, de etiologia multifatorial, caracterizados por uma perturbação persistente no comportamento alimentar que resulta no consumo alterado de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física e psicossocial do indivíduo; ocorrendo mais comumente em adolescentes e mulheres jovens e pode ser condição crônica ou estar associada às demais comorbidades psiquiátricas (YAGER e POWER, 2007; APA, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5^a edição, DSM-5 – descreve, em seu capítulo sobre Transtornos Alimentares, critérios diagnósticos para: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo e/ou evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar não especificado e transtorno de compulsão alimentar (TCA) – que já havia sido apresentado como transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) no Apêndice B da 4^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-IV-TR), como uma proposta diagnóstica para estudos adicionais e que foi validado como diagnóstico, no DSM-5, devido a sua utilidade clínica (ARAÚJO e NETO, 2014).

Dentre os transtornos alimentares, a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) são os tipos mais pesquisados. A AN é caracterizada por uma restrição da ingestão calórica em relação às necessidades individuais, levando à um peso corporal significativamente baixo para idade, gênero e etapa do desenvolvimento, além disso, esses indivíduos apresentam medo intenso de ganhar peso ou engordar e perturbação no modo de ver o próprio corpo, com relação ao peso e a forma corporal. Já a BN é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguido de comportamentos compensatórios inapropriados - como vômito auto induzido, uso indevido de laxantes, diuréticos, excesso de exercício físico - práticas executadas com o intuito de evitar o ganho de peso (APA, 2014).

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) tem como característica essencial episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer pelo menos uma vez por semana durante três meses, sem associação à episódios

compensatórios, como ocorre na BN (APA, 2014). O comportamento alimentar nesse transtorno é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos num período de tempo delimitado (até duas horas) acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que e o quanto se come. O transtorno de compulsão alimentar apresenta diferenças com relação à bulimia nervosa no fato de que; em indivíduos com BN a compulsão alimentar é concluída pelo comportamento purgativo, enquanto no TCA não há uma terminação lógica; além disso, a história natural da BN geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso – mostrando maiores níveis de restrição alimentar quando comparados com portadores de TCA (AZEVEDO et al., 2004).

Os transtornos alimentares podem estar associados às demais comorbidades psiquiátricas, tais como: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno bipolar, transtorno de personalidade *borderline*, entre outros (APA,2014). Muitas vezes a dificuldade em se tratar pacientes com TA possa estar relacionado às comorbidades psiquiátricas associadas e estudos alertam a necessidade de se investigar eventos traumáticos na infância e adolescência e também os sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) (BRIERE e SCOTT, 2007).

O TEPT foi incluído, a partir de 2013, num novo capítulo dos transtornos relacionados à trauma e estressores, no DSM-5 (APA,2014) que incluem situações nas quais a exposição ao evento traumático ou estressante está apresentada de forma clara como critério diagnóstico. O TEPT apresenta como características: o evento traumático – definido como uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à sua integridade física ou de pessoas a ele afetivamente ligadas - e a resposta a este evento traumático, que se desenvolvem em três dimensões de sintomas: o reexperimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperexcitabilidade (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003; FILHO e SOUGEY, 2011).

Os eventos traumáticos podem ser vivenciados diretamente (ataque sexual, assalto à mão armada, sequestro, ser tomado como refém, combate militar, graves acidentes, receber diagnósticos que trazem risco à vida) ou apenas testemunhados (acidentes ou ferimentos graves, morte súbita ou inesperada de familiares ou amigos

próximos) e os estímulos associados ao trauma são persistentemente evitados (APA,2014).

A totalidade dos estudos encontrados no levantamento bibliográfico, associando TEPT e transtornos alimentares, foram realizados por pesquisadores americanos, com a população americana, sendo que na sua maioria foram realizados com veteranos de guerra e, uma menor parte, com indivíduos que sofreram abuso sexual. Esses trabalhos (BRIERE e SCOTT, 2007; HOLZER et al., 2008; FORMAN-HOFFMAN et al., 2012; TALBOT et al., 2013; HOERSTER et al., 2015; KLINGAMAN et al., 2016;) têm demonstrado que esse grupo que apresentam sintomatologia do TEPT é bastante suscetível ao desenvolvimento de transtornos de compulsão alimentar.

Na literatura brasileira não foram encontrados estudos que façam a associação entre TEPT e TA, ou que relacionem o TEPT ao comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares. No Brasil esta relação é ainda pouco estudada, apesar do aumento da obesidade e também da violência, no cotidiano brasileiro acontecendo num cenário de “guerra urbana”. Os estudos sobre TEPT apontam que a população de grandes centros urbanos brasileiro é altamente exposta à eventos traumáticos sendo que a violência urbana é o mais comum e, para a população de mulheres, é a violência sexual e violência doméstica (RIBEIRO et al., 2013; LUZ et al., 2016).

Os estudos brasileiros relatam alguma associação entre TEPT e demais transtornos psiquiátricos: num estudo realizado com jovens e adultos expostos à violência observou-se uma maior prevalência de transtornos relacionados ao álcool entre os jovens, uma maior prevalência de transtorno depressivo entre os adultos e a presença de transtornos fóbicos ou transtornos de ansiedade para ambos os grupos (JAEN-VARAS et al., 2016); num outro trabalho verificou-se a associação entre violência e dependência alcoólica em indivíduos da cidade de São Paulo e Rio de Janeiro e concluiu-se que, em ambas as cidades, a dependência de álcool foi associada ao fato de o indivíduo ter sofrido violência urbana relacionada com a criminalidade e violência familiar e ainda, a recorrência de eventos traumáticos ocorreu em mais da metade dos indivíduos dependentes de álcool (MOREIRA et al., 2015); num outro estudo com indivíduos expostos à eventos traumáticos, também observou-se que eles foram suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, dependência de

álcool e transtorno de estresse pós traumático (RIBEIRO et al., 2013) e casos de TEPT são frequentemente acompanhados por diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, abuso de drogas e demais distúrbios psicóticos (MARI et al., 2008).

3. OBJETIVO GERAL

Identificar a presença de comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em pacientes que receberam tratamento individual para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Avaliar a relação entre comportamento de risco para transtornos alimentares e o trauma;
- 2) Avaliar a relação entre comportamento de risco para transtornos alimentares e ansiedade.

4. MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho é um estudo observacional descritivo, no qual foi avaliado o comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares em indivíduos com diagnóstico de TEPT e que receberam tratamento individual pelo Programa de Ansiedade e pelo Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – AMBAN-IPq-HCFMUSP.

4.1. AMOSTRA

Foram convidados à participar deste estudo pacientes que passaram primeiramente pelo AMBAN-IPq-HCFMUSP - Programa de Ansiedade e pelo Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP com o diagnóstico de TEPT e que haviam participado de estudo clínico randomizado para tratamento de TEPT. Tais pacientes receberam tratamento psicoterápico individual, por treze semanas, e preencheram escalas de avaliação em três momentos: Avaliação 1 (antes da psicoterapia), Avaliação 2 (após o término da psicoterapia) e Avaliação 3 (no seguimento, 3 meses após o término da psicoterapia).

Após admissão no Instituto de Psiquiatria, esses indivíduos foram atendidos por psiquiatras em entrevista clínica, para assegurar a presença do diagnóstico do TEPT. Ainda, para participarem do estudo primário para tratamento do TEPT, os pacientes deveriam preencher os critérios de inclusão e exclusão, que se referem: 1) Como critérios de inclusão, apresentarem entre 18 a 65 anos de idade, de ambos os sexos, pertencentes a qualquer grupo étnico, serem alfabetizados, capazes de ler e escrever, de compreender e responder as escalas de avaliação e de seguir as instruções do protocolo de pesquisa; 2) Os critérios de exclusão se referem aos pacientes que estavam em risco de suicídio iminente, com graves comportamentos de automutilação (cortar, queimar, machucar-se deliberadamente), quadro psicótico não estabilizado com medicação, risco de ainda sofrer violência, falta de memória em relação ao evento traumático e fazer uso de álcool ou drogas. Nestes casos, os pacientes foram retirados da pesquisa.

Para participarem do presente estudo os pacientes deveriam ter finalizado o tratamento psicoterápico para TEPT e apresentarem dados de contato atualizados, sendo obrigatório a presença de pelo menos um número de telefone e opcional a presença de contato por e-mail. Os pacientes foram contatados por telefone e deveriam estar aptos e concordarem em responder, via telefone, o questionário sobre o comportamento alimentar (*EDE-Q*).

4.2. PROCEDIMENTOS

Para obtenção de informações sobre comportamento de risco para TA, foi aplicado à essa população, após o aceite da participação, via telefone, o *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*. Esse questionário foi aplicado com uma média de tempo de um ano e meio após os pacientes passarem pela Avaliação 3 – de seguimento após o término do tratamento psicoterápico. Após a finalização do questionário *EDE-Q* foram feitas as seguintes perguntas: 1) Você sabe me dizer sua altura e peso atual? 2) Você sabe me dizer o seu peso máximo e peso mínimo já atingidos na vida adulta?; 3) Você faz alguma relação entre a variação de peso e o trauma?; 4) Você costuma ingerir maior quantidade de alimento em períodos de ansiedade? Tais perguntas tinham por objetivo avaliar possíveis variações de peso ao longo da vida adulta do indivíduo e compreender como esses pacientes avaliavam subjetivamente a relação entre *variação de peso x trauma* e *ingestão alimentar x ansiedade*. As informações fornecidas sobre altura, peso atual, peso máximo e peso mínimo também foram utilizadas para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) atual, máximo e mínimo, para posterior análise.

A aplicação do *EDE-Q* foi feita por meio de ligação telefônica realizada no Espaço para pesquisa por Telefone do Laboratório de Estudos Popacionais (LabTel/LEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) que fica sediado no segundo andar do Prédio da Biblioteca da FSP-USP.

A solicitação do uso do Laboratório foi realizada inicialmente via contato por *e-mail* e confirmada através do preenchimento do “Formulário de Solicitação do Espaço” - fornecido pela equipe do LabTel/ LEP (ANEXO A). Neste formulário constou o projeto de pesquisa a ser realizado e as datas de agendamento para utilização do local.

O primeiro contato com os pacientes foi realizado por meio da primeira ligação, através de uma apresentação estruturada e um roteiro (ANEXO B) informando o motivo da ligação, os objetivos da pesquisa, a fonte fornecedora dos dados dos pacientes, com uma breve apresentação do questionário a ser aplicado e uma estimativa do tempo médio da ligação. Após essa apresentação os pacientes eram convidados a responder ao questionário e consequentemente a participarem da pesquisa. Caso tivessem disponibilidade neste momento (primeira ligação), o

questionário era aplicado na sequência da apresentação ou, se houvesse necessidade, a ligação era retornada em outro período do dia, ou em outro dia, no qual o participante teria disponibilidade em responder. Após tentativas não bem-sucedidas de contato por telefone em diferentes períodos do dia (manhã, tarde e noite), o contato com o paciente foi realizado via *e-mail*, com a mesma apresentação estruturada utilizada pelo telefone e a solicitação de um melhor período do dia para a realização da ligação. Após a resposta do paciente, a ligação era realizada seguindo a mesma metodologia da primeira ligação.

A aplicação do questionário e coleta das informações foi realizada no período de agosto a setembro de 2016, de segunda à sexta-feira, num período do dia não definido previamente, podendo ser de manhã, à tarde ou à noite, dependendo da disponibilidade dos participantes em poderem responder ao questionário. Cada ligação durou em média de 10-12 minutos.

Para avaliar a relação entre comportamento de risco para transtornos alimentares e o trauma foi utilizada a pontuação total da Escala Davidson de Trauma (DTS), já para relação entre comportamento de risco para transtornos alimentares e ansiedade foi utilizada a pontuação total do Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Ambas escalas são de auto relato e foram aplicadas pela equipe do Programa de Ansiedade do Serviço de Psicoterapia do AMBAN-IPq-HCFMUSP, num período anterior a esse estudo. Foram utilizados os valores totais dessas escalas obtidos na Avaliação 1 do paciente – que se refere ao período de triagem, anterior ao tratamento, e na Avaliação 3 – que se refere ao seguimento de três meses após o término do tratamento psicoterápico para TEPT.

4.3. MEDIDAS

4.3.1. Instrumento para Avaliação dos Transtornos Alimentares:

Os instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares são ferramentas que surgiram com a necessidade de sistematizar estudos nessa área à partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos nas várias edições

do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID). De modo geral esses instrumentos são agrupados em três categorias: questionário autoaplicável; entrevista clínica e auto monitoração (FREITAS et al., 2002).

Os questionários de auto aplicação têm várias utilidades na abordagem de sintomas alimentares. Apesar desses instrumentos não substituírem uma entrevista clínica para se fazer o diagnóstico, eles são úteis para seleção da presença ou da gravidade dos sintomas alimentares (CORDÁS e NEVES, 1999).

O uso de entrevistas estruturadas aplicadas por psiquiatra para diagnóstico de TA é inviável em grandes estudos, assim os instrumentos de avaliação foram desenvolvidos tendo a vantagem da objetividade, baixo custo e possibilidade de exploração estatística. Estudos epidemiológicos com TA são complexos e difíceis de serem realizados, portanto pesquisas sobre comportamento de risco podem dar um indício do problema em determinado local e população (ALVARENGA et al., 2011). O comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares se manifestam de diversas maneiras, como vômito auto induzido, longos períodos de restrição alimentar, preocupação exagerada com a alimentação, uso de medicamentos para emagrecimento (laxantes, diuréticos e inibidores de apetite), entre outros (BIGHETTI, 2004).

4.3.1.1. EDE- Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*) – Exame de Desordem Alimentar – versão Questionário

O *Eating Disorder Examination Questionnaire* está agrupado na classe de instrumentos autoaplicáveis, caracterizados por serem fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos (FREITAS et al., 2002).

O *EDE-Q* foi desenvolvido como uma versão autoaplicável, reduzida e com menor custo de aplicação do *Eating Disorder Examination* (EDE) em formato de entrevista. O *EDE* é o instrumento mais utilizado para avaliação de aspectos comportamentais chaves dos transtornos alimentares em adultos; seu diagnóstico é

baseado no DSM-IV e constitui “padrão ouro” entre anamneses diagnósticas para TA. Está estruturado em quatro subescalas: (1) restrição alimentar, (2) preocupação alimentar, (3) preocupação com a forma corporal e (4) preocupação com o peso; entretanto, sua aplicação exige tempo médio de 1 hora e longo treinamento de capacitação dos entrevistadores, fator que dificulta sua utilização como ferramenta para estudos em larga escala (FREITAS et al., 2002). À partir disso, FAIRBURN e BEGLIN, 1994 desenvolveram sua versão reduzida, o *EDE-Q*: estruturado nas mesmas quatro subescalas; composto por 41 itens e tempo médio de aplicação de 15 minutos. É extremamente útil para rastreamento de transtornos alimentares e facilmente utilizado em estudos epidemiológicos de larga escala (ANEXO C).

Com relação à pontuação do instrumento, o *EDE-Q*, assim como sua versão original *EDE*, geram dois tipos de informações: primeiramente eles fornecem dados de frequência sobre as características comportamentais fundamentais dos transtornos alimentares, em termos de números de episódios e, em certos casos, em números de dias no qual o comportamento ocorreu; ainda, fornecem subescalas que refletem a gravidade dos aspectos da psicopatologia dos transtornos alimentares. Para obter a pontuação de cada subescala, são somadas as pontuações de itens importantes para aquela subescala e a soma é dividida pelo total de itens, gerando um valor de escore. Para obtenção de uma escala global, as pontuações das quatro subescalas são somadas e divididas pelo total de subescalas. A pontuação da escala está apresentada no ANEXO D. Para análise, os valores dos escores das subescalas e da escala global são avaliados através da sua distribuição em percentis, sendo que quanto maior o percentil, maior a gravidade do sintoma (FAIRBURN e BEGLIN, 1994).

4.3.2. Instrumento para Avaliação dos Sintomas de Trauma

4.3.2.1. DTS (*Davidson Trauma Scale*) – Escala Davidson de Trauma

A Escala Davidson de Trauma tem por objetivo medir a presença de sintomas de TEPT. É uma escala composta por 17 perguntas que correspondem aos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4^a versão – Texto Revisado (DSM-IV-TR). Para realização da escala é necessário que

o sujeito preencha o critério A do DSM-IV-TR: vivenciar ou testemunhar um acontecimento extremamente traumático. Cada um dos sintomas apresentado nas perguntas é pontuado com o valor de 1 a 4 em relação à frequência e ao grau de sofrimento associado (STEIN et al., 2004).

4.3.3. Instrumento para Avaliação dos Sintomas de Ansiedade

4.3.3.1. BAI (*Beck Anxiety Inventory*) - Inventário Beck para Ansiedade

O Inventário de Ansiedade Beck tem por objetivo medir a intensidade de sintomas de ansiedade; constitui-se de 21 itens e o indivíduo deve apontar, em uma escala de quatro pontos, o nível de gravidade do sintoma. O escore total varia de 0 a 63, e permite a verificação do nível de intensidade da ansiedade. A classificação recomenda que o nível de ansiedade seja classificado em mínimo (0-7), leve (8-15), moderado (16-25) ou grave (26-63) (BECK , 2001).

4.4. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A tabulação e análise estatística dos dados foi conduzida através do software *Microsoft Office Excel, versão para Windows 2016*®.

Uma análise de correlação entre as variáveis quantitativas foi realizada utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*, para os períodos de avaliação de antes do início e depois, no seguimento após o tratamento individual para TEPT.

Foram consideradas como apresentando comportamento de risco para TA, os participantes cujo escore global do *EDE-Q* foi classificado acima de p50, sendo que aqueles classificados acima de p90 foram considerados com altos níveis de sintomatologia para comportamento de risco para Transtornos Alimentares. O mesmo aspecto foi considerado para avaliação das quatro subescalas do questionário.

4.5. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo está inserido em um projeto de pesquisa em andamento no AMBAN-IPq-HCFMUSP e está sendo realizado com uma amostra de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Esse projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), no dia 25 de fevereiro de 2015, tendo como número do parecer 1.006.220.

5. RESULTADOS

Após aplicados os critérios de inclusão/exclusão mencionados anteriormente, estavam aptos a responder ao questionário e participarem do estudo, 58 indivíduos. A ligação inicial foi feita para a totalidade dos participantes, sendo que, destes, não foi possível entrar em contato com 24 pacientes, em razão do número de telefone estar indisponível ou inexistente e o e-mail estar desatualizado, ou pela ausência de resposta ao e-mail enviado. Apenas 2 pacientes se recusaram a responder ao questionário e não participaram da pesquisa. Assim, responderam ao questionário e fizeram parte do estudo, 32 indivíduos.

Do total de pacientes que participaram, 90,63% (n=29) eram do sexo feminino e 9,37% (n=3) do sexo masculino. Os dados de idade, altura, pesos atual, mínimo e máximo, Índice de Massa Corpórea (IMC) atual, mínimo e máximo podem ser observados na Tabela 1. O IMC atual foi calculado e classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) e observou-se que 37,5% (n=12) estavam eutróficos, 31,25% (n=10) dos participantes apresentaram sobre peso, 21,88% (n=7) apresentaram Obesidade grau I e 9,37% (n=3) apresentaram Obesidade grau II. De modo geral, 62,5% dos participantes apresentaram valores de IMC acima do eutrofismo.

Tabela 1 - Idade, altura, pesos atual, mínimo e máximo; índice de massa corpórea (IMC) atual, mínimo e máximo da amostra de indivíduos com TEPT.

VARIÁVEIS	MÉDIA	DP
<i>Idade (anos)</i>	42,66	±12,22
<i>Altura (m)</i>	1,63	±0,08
<i>Peso atual (kg)</i>	72,74	±14,10
<i>Peso mínimo (kg)</i>	56,75	±6,87
<i>Peso máximo (kg)</i>	77,39	±16,6
<i>IMC atual (kg/m²)</i>	27,38	±4,98
<i>IMC mínimo (kg/m²)</i>	21,27	±1,58
<i>IMC máximo (kg/m²)</i>	29,12	±6,24

Sobre a avaliação dos escores apresentados após aplicação do *EDE-Q* e analisando cada subescala do questionário; para a subescala **(1) restrição alimentar**, 68,75% (n=22) dos entrevistados foram classificados acima de p50 e 9,38% (n=3) foram classificados acima de p90. Já para a subescala **(2) preocupação alimentar**, 71,88% (n=23) foram classificados acima de p50 e 18,75% (n=6) foram classificados acima de p90. Para a subescala **(3) preocupação com a forma corporal** 75% (n=24) foram classificados acima de p50 e 18,75% (n=6) foram classificados acima de p90. Para a subescala **(4) preocupação com peso**, 68,75% (n=22) foram classificados acima de p50 e 18,75% (n=6) foram classificados acima de p90. Portanto, no escore global do *EDE-Q*, 75% (n=24) dos entrevistados foram classificados acima do percentil 50, indicando a presença de sintomatologias relacionadas ao comportamento de risco para transtornos alimentares e, deste total, 25% (n=6) foram classificados acima do percentil 90, o que indica forte presença de sintomatologia para comportamento de risco relacionado aos transtornos alimentares.

Para o bloco de perguntas sobre **compulsão alimentar e episódios excessivos de ingestão alimentar**, do total de participantes, 62,5% (n=20) responderam que “*não consumiram o que outras pessoas considerariam uma quantidade excessiva de alimentos nos últimos 28 dias*”. Do restante dos participantes (n=12) que afirmaram “*terem consumidos uma quantidade excessiva de alimentos nos últimos 28 dias*” 66,67% (n=8) responderam que esses episódios ocorreram entre 5-10 vezes.

Sobre **situações compensatórias como forma de controle para forma ou peso**, 96,87% (n=31) responderam não “*ter provocado vômito*” e 3,13% (n=1)

respondeu “*ter provocado vômito*” uma única vez; 93,75% (n=30) responderam não “*ter feito uso de laxante*” e 6,25% (n=2) responderam ter utilizado desse método de 4-8 vezes nos últimos 28 dias e, ainda 100% (n=32) da amostra responderam não ter “*realizado exercício de modo compulsivo*”.

Com relação as questões realizadas após a aplicação do *EDE-Q* e que portanto, não fazem parte do questionário, na pergunta sobre a **relação entre o trauma e variação de peso**, 56,25% (n=18) dos pacientes responderam que fazem essa relação, 40,62% (n=13) responderam que não fazem, e 3,13% (n=1) não soube opinar sobre essa questão. Na pergunta sobre a **maior ingestão de alimentos em períodos de ansiedade**, 62,5% (n=20) responderam que sim - ingerem maior quantidade de alimentos em períodos de ansiedade, 3,13% (n=1) respondeu que esse hábito ocorre às vezes, mas não sempre e 34,37% (n=11) responderam que não costumam ingerir maior quantidade de alimentos em períodos de ansiedade, sendo que muitas vezes perdem o apetite ou essa ingestão é menor que o habitual.

Para relação entre comportamento de risco para **transtornos alimentares e o trauma**, o escore global do *EDE-Q* e a pontuação total do DTS apresentaram uma correlação positiva para a Avaliação 1 ($r=0,5031$) porém, para a Avaliação 3, essas variáveis apresentaram correlação inexistente ou muito baixa ($r=0,1911$). Já para relação entre comportamento de risco para **transtornos alimentares e ansiedade**, o escore global do *EDE-Q* e a pontuação total do BAI apresentaram correlação positiva fraca ($r=0,3913$) para a Avaliação 1 e, igualmente, essas variáveis apresentaram correlação inexistente ou muito baixa ($r=0,073$) para a Avaliação 3.

A associação entre essas variáveis está representada graficamente através do diagrama de dispersão, apresentados nas Figura 1 e Figura 2 para a relação entre TA x Trauma (escala de trauma - DTS) e nas Figura 3 e Figura 4 para a relação entre TA x Ansiedade (escala de ansiedade - BAI).

Figura 1 - Associação entre comportamento de risco para TA e Trauma -
Avaliação 1

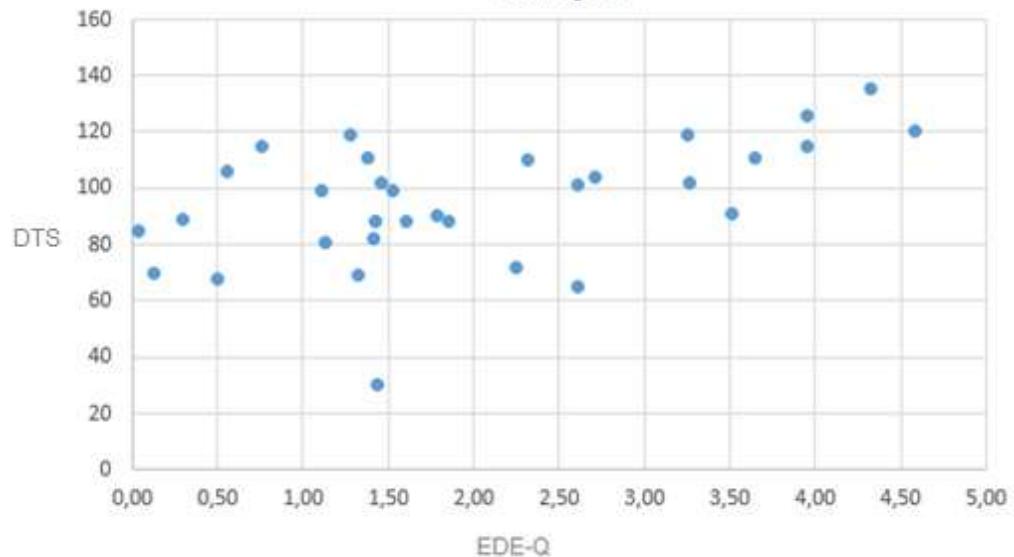


Figura 2 - Associação entre comportamento de risco para TA e Trauma -
Avaliação 3

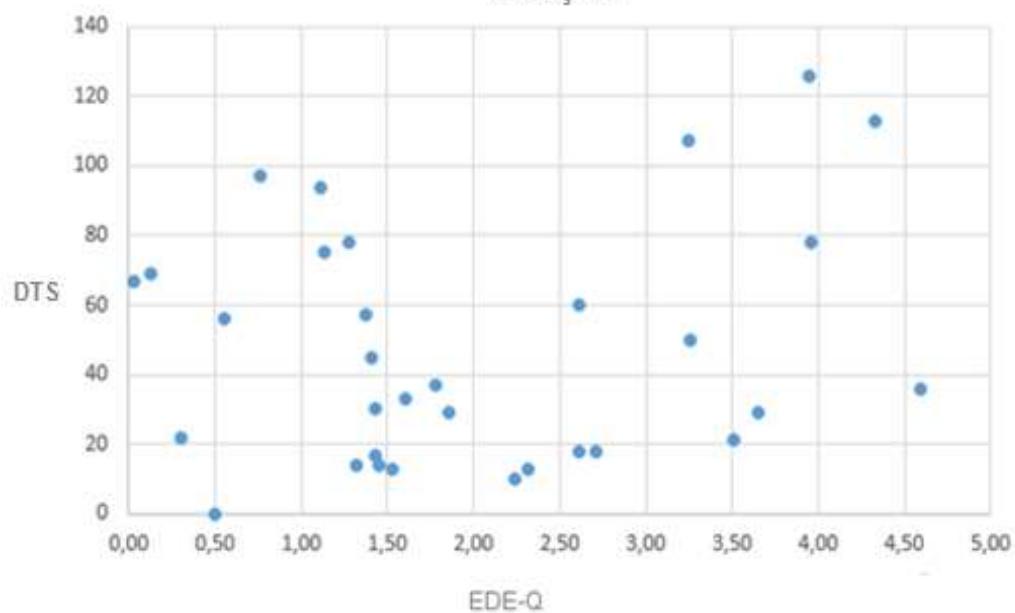


Figura 3 - Associação entre comportamento de risco para TA e Ansiedade -
Avaliação 1

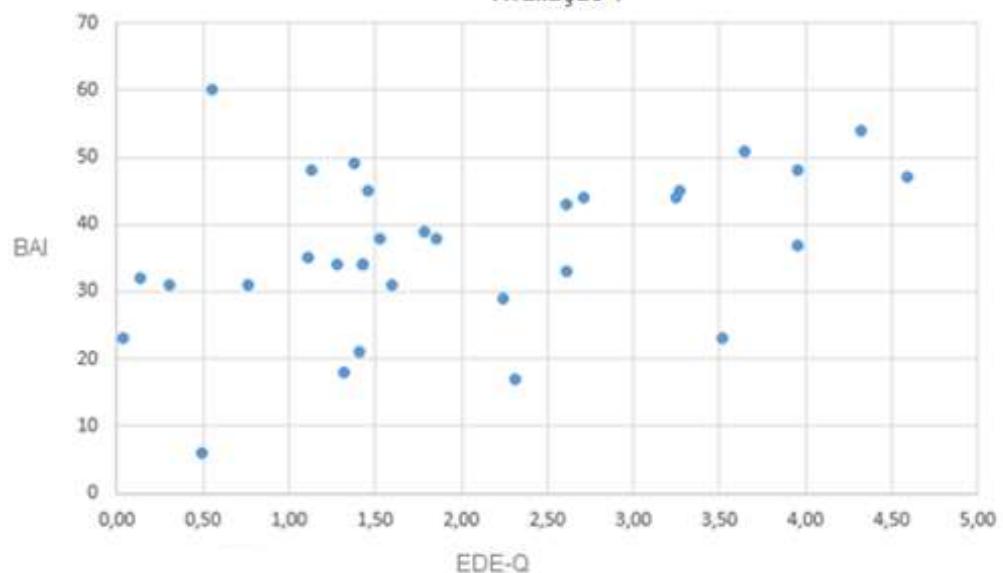
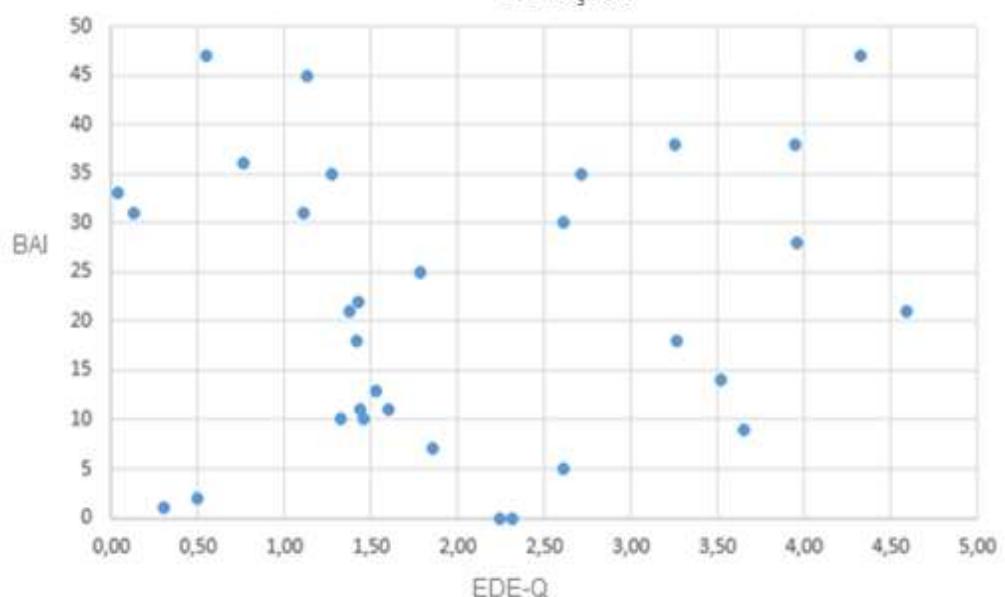


Figura 4 - Associação entre comportamento de risco para TA e Ansiedade -
Avaliação 3



6. DISCUSSÃO

Encontrou-se na população de indivíduos que receberam tratamento psicoterápico e psiquiátrico para TEPT e que participaram do presente estudo, uma presença considerável de comportamento de risco para TA, tanto com relação ao escore global do *EDE-Q* quanto com relação as suas subescalas. Esses resultados encontrados se referem à um período posterior a Avaliação 3, pois o *EDE-Q* foi respondido meses após o término do tratamento para TEPT.

Esse trabalho não permite afirmar o diagnóstico sobre quadros de TA para esses indivíduos, uma vez que o estudo foi realizado com um instrumento de avaliação, porém, é possível sugerir a presença de comportamentos de risco para TA. Como já citado, não foram encontrados estudos na literatura brasileira que abordam a relação entre Transtorno de Estresse Pós-Traumático e comportamento de risco para Transtornos Alimentares; sendo que grande parte dos estudos encontrados associando essa possível sobreposição diagnóstica são de trabalhos americanos, que avaliaram a população de veteranos de guerra. O que se encontrou de produção brasileira nessa área foram estudos que relacionam eventos traumáticos – principalmente abuso sexual – com o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Uma revisão bibliográfica brasileira da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisa a relação entre abuso sexual e TA e conclui que, apesar de os achados para esse tema serem ambíguos, parece que o abuso sexual é fator de risco para o desenvolvimento de TA e que essa associação deve ser compreendida dentro de uma perspectiva multifatorial (NARVAZ e OLIVEIRA, 2009).

A revisão bibliográfica americana da Universidade de Oxford avaliou a associação entre TEPT, atividade física e comportamentos alimentares e, apesar de os achados também serem divergentes com relação à associação entre TEPT e comportamentos alimentares, boa parte dos estudos relataram altas taxas de TCA entre os indivíduos com TEPT (HALL et al., 2015).

Um outro estudo americano realizado com vítimas de trauma sexual apontou uma associação significativa entre histórico do trauma e sintomas de TA e TEPT, suportando a ideia de que indivíduos que desenvolvem TA após um trauma sexual tenham experienciado a sintomatologia do TEPT (HOLZER et al., 2008).

Com relação às subescalas do *EDE-Q*, as pontuações foram mais elevadas para as subescalas de preocupação alimentar e preocupação com a forma. A subescala (1)preocupação alimentar indica que esses indivíduos apresentam mais sintomas relacionados à preocupação com a ingestão de comidas e calorias, medo de perder o controle sobre a alimentação, comer escondido e culpa ao comer. A subescala (2) preocupação com a forma indica o medo de ganhar peso, desconforto ao ver e expor o corpo e sensação de estar gordo ou estar acima do peso. Esses aspectos destas subescalas associados à ausência de métodos compensatórios poderiam levar, dentre os quadros de transtornos alimentares, a uma hipótese diagnóstica de um quadro de TCA.

Um estudo realizado com veteranos do Iraque e Afeganistão apresentou que nesses indivíduos, aqueles diagnosticados com TEPT, 8,4% preencheram critérios para compulsão alimentar e, apesar dessa porcentagem ser pequena, é mais elevada que a prevalência na população americana em geral (2-5%) (HOERSTER et al. ,2015). Também, numa revisão americana da Universidade de Oxford – já citada anteriormente – apontou que estudos relatam altas taxas de TCA entre os indivíduos com TEPT (HALL et al., 2015).

Sobre a relação subjetiva que os pacientes fizeram entre sua variação de peso e o trauma, 56,25% dos pacientes responderam afirmativamente, ao fazer essa associação. Observando as variações entre peso mínimo e peso máximo, e IMC mínimo e IMC máximo, é possível dizer que esses indivíduos apresentaram valores consideráveis de variação desses parâmetros durante a vida adulta, sendo que para o IMC mínimo, a média ($21,27 \text{ kg/m}^2$) é classificada como eutrófica, e para o IMC máximo ($29,12 \text{ kg/m}^2$) a média é classificada como sobrepeso, próximo ao limite da obesidade grau I. Com relação ao estado nutricional atual, 62,5% dos participantes apresentaram valores de IMC acima do eutrofismo, sendo que essa porcentagem se distribui entre as classificações de sobrepeso e obesidade graus I e II. Corroborando com esse resultado, o estudo realizado com veteranos das Forças Armadas Americana aponta que aqueles com diagnóstico de TEPT apresentam taxas mais elevadas de obesidade crônica e que esse aspecto aumenta o risco de morbilidades para essa população e, ainda, o estudo aponta que essa população relata maiores dificuldades para perda de peso quando comparados com veteranos sem o diagnóstico (KLINGAMAN et al., 2016).

A associação entre comportamento de risco para TA e o trauma, e entre comportamento de risco para TA e ansiedade, mostrou que essas variáveis apresentaram maior correlação positiva para o primeiro período de avaliação dos pacientes, Avaliação 1 - antes do início do tratamento; já para a terceira avaliação, Avaliação 3 – no seguimento, após 3 meses do final do tratamento, essas escalas apresentaram correlação baixa ou inexistente. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de o *EDE-Q* não ter sido aplicado à esses indivíduos juntamente com o DTS e o BAI, nos diferentes períodos de avaliação e é possível que, se a escala *EDE-Q* fosse aplicada juntamente às demais escalas, esses resultados seriam diferentes e as variáveis apresentariam maior associação. No entanto, avaliando os resultados encontrados neste trabalho, para a Avaliação 1, tanto a pontuação da escala de trauma quanto a pontuação da escala de ansiedade se apresentaram mais elevadas, apontando para níveis mais elevados em ambas as escalas antes do tratamento; já para a Avaliação 3, essas escalas apresentaram pontuações menores, sugerindo a diminuição de ambas as escalas, no seguimento após o final do tratamento, sugerindo a eficiência do tratamento individual para TEPT, do ponto de vista da melhora dos sintomas, através das escalas DTS e BAI que mensuram essas variáveis. A partir desses dados podemos inferir que essa associação será mais positiva quanto mais grave se apresentar o quadro de trauma ou de ansiedade.

7. CONCLUSÃO

Foram encontrados resultados significativos para a presença de comportamento de risco para transtornos alimentares nessa população pesquisada, considerando tanto o escore global do *EDE-Q* quanto as suas subescalas. Essas variáveis avaliadas em conjunto com questões sobre ingestão excessiva de alimentos e ausência de medidas compensatórias sugerem um quadro de compulsão alimentar, sugerindo a hipótese diagnóstica de TCA. Entretanto, pelo fato de o trabalho ser baseado em um instrumento de avaliação, não é possível afirmar a presença de nenhum diagnóstico de transtorno alimentar, sendo necessário investigações e avaliações mais profundas para afirmar a presença de algum tipo de TA.

Quando foi realizada a associação entre comportamento de risco para TA e variáveis como trauma e ansiedade, notou-se que elas apresentaram maior correlação positiva no período da Avaliação 1, sugerindo que essas variáveis são positivamente correlacionadas com a gravidade da sintomatologia em que se encontrava o indivíduo, antes do início do tratamento para TEPT. Não ter encontrado forte correlação no período da Avaliação 3, de seguimento após o final do tratamento pode apontar a necessidade de se avaliar outras características relacionadas ao TEPT e que também podem influenciar no comportamento alimentar.

Considerável parcela da amostra estudada apresentou classificação do estado nutricional acima de sobrepeso (62,5%). Estudos com populações com TEPT e obesidade crônica apontam que parte da mortalidade prematura desses indivíduos podem estar associados à comorbidades associadas à quadros clínicos, e não psiquiátricos, tais como como Diabetes *Mellitus* tipo 2, doença cardiovascular, hipertensão arterial e dislipidemia (KLINGAMAN et al., 2016). Portanto, quadros de compulsão alimentar contribuem diretamente para o desenvolvimento da obesidade e está associado à essas comorbidades clínicas.

O presente estudo apresentou algumas limitações importantes no que se refere: a) ao tamanho da amostra estudada, que não permite generalizações, por ser pequena e por conveniência, está portanto sujeita a não representar estatisticamente a população civil de brasileiros com diagnóstico de TEPT; b) a utilização de apenas um questionário como instrumento para avaliação de transtornos alimentares – o que não permite a formulação de diagnóstico de TA, e que apenas avalia a presença/ausência de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA; c) o fato de o questionário EDE-Q ter sido aplicado via telefone e após um período de tempo considerável do término do tratamento para o TEPT e d) ao fato do questionário EDE-Q não ter sido aplicado no período de Avaliação 1 e Avaliação 3, juntamente aos questionários DTS e BAI.

Apesar de tais limitações, este trabalho apresenta achados originais para essa população estudada. As publicações literárias que fazem referência à associação entre TA e TEPT tem pouco enfoque para a população civil, sendo mais voltado para os veteranos de guerra. O presente trabalho apresenta resultados pioneiros na área, pelo fato de ter estudado indivíduos da população civil brasileira que tiveram o diagnóstico e receberam tratamento para o TEPT, para eventos traumáticos como sequestro, cativeiro, assalto, abuso sexual, estupro, morte súbita

(atropelamento, suicídio, assassinato, ausência de socorro médico) de entes queridos, e também profissionais da saúde, socorristas e policiais militares que convivem no seu cotidiano presenciando múltiplos eventos traumáticos.

Um trabalho de monografia realizado em 2013 já apontava a necessidade de se pesquisar a existência de protocolos de tratamento concomitante para TA e diagnóstico ou sintomatologia do TEPT. A ausência de publicações sobre esse tema demonstra o pouco avanço de estudo nessa área, confirmando que ainda não há protocolos de tratamento que considerem as duas patologias em conjunto (VIDEIRA, 2013).

Os resultados encontrados apontam para a necessidade urgente de maiores estudos nesta área, em especial aqueles que abordem questões sobre comportamentos alimentares relacionados ao evento traumático, e possam identificar e prevenir e tratar adequadamente quando o comportamento alimentar inadequado – compulsão alimentar – é utilizado como estratégia de enfrentamento dos sintomas que possam surgir após um evento traumático. Tal população apresenta alto risco para o desenvolvimento de síndromes completas ou quadros mais severos e complexos de TA quando associados às comorbidades do TEPT, podendo acarretar sérios agravos à saúde física e emocional do indivíduo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Bras Psiquiatr Clín.* 2011;38(1): 3-7.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

Araújo AC, Neto FL. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2014; 16(1): 67-82.

Azevedo AP de, Santos CC dos, Fonseca DC da. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2004; 31(4): 170-2.

Beck AT . Escalas beck: BDI, BAI, BHS, BSI. Pennsylvania: Casa do Psicólogo, 2001. 171 p.

Bighetti F . Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.

Brasil. Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União: Brasília; 2001.

Briere J, Scott C. Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. *Eat Disord.* 2007; 15(4): 347-358.

Cordás TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 26(1): 41-8.

Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of Eating Disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994;16(4): 363-70.

Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(1):12-6.

Filho JWSC, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidades. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 23(4): 221-8.

Forman-Hoffman VL, Mengeling M, Booth BM, Torner J, Sadle AG. Eating disorders, post-traumatic stress, and sexual trauma in women veterans. Mil Medicine. 2012; 177(10):1161-8.

Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(3): 34-8.

Hall KS, Hoerster KD, Yancy WSJ. Post-Traumatic Stress Disorder, Physical Activity, and Eating Behaviors. Epidemiol Rev. 2015; 37(1): 103-115.

Holzer SR, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediational significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. Child abuse negl. 2008; 32(5): 561-6.

Hoerster KD, Jakupcak M, Hanson R, McFall M, Reiber G, Hall KS, et al. PTSD and depression symptoms are associated with binge eating among US Iraq and Afghanistan veterans. Eat Beh. 2015; 17(1):115-8.

Jaen-Varas D, Mari JJ de, Coutinho E, Andreoli SB, Quintana MI, Mello MF, et al. A cross-sectional study to compare levels of psychiatric morbidity between young people and adults exposed to violence in a large urban center. BMC Psychiatry. 2016; 16(1):134.

Klingaman EA, Hoerster KD, Aakre JM, Viverito KM, Medoff DR, Goldberg RW. Veterans with PTSD report more weight loss barriers than Veterans with no mental health disorders. Gen Hosp Psych. 2016; 39(1):1-7.

Luz MP, Coutinho ES, Berger W, Mendlowicz MV, Vilete LM, Mello MF, et al. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. *J Psychiatr Res.* 2016; 72(1):51-7.

Mari JJ de, Mello MF de, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(3):183-4.

Moreira FG, Quintana MI, Ribeiro W, Bressan RA, Mello FM, Mari JJ de, et al. Revictimization of Violence Suffered by Those Diagnosed with Alcohol Dependence in the General Population. *Biomed Res Int.* 2015; ID805424.

Narvaz M, Oliveira LL. A Relação entre Abuso Sexual e Transtornos Alimentares: uma revisão. *Interam J Psychol.* 2009; 43(1): 22-9.

Ribeiro WS et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One.* 2013; 8(5): e63545.

Stein AT, Carli E de, Casanova F, Pan MS, Pellegrin LG. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *R Psiquiatr RS.* 2004; 26(2):158-166.

Talbot LS, Maguen S, Epel ES, Metzler TJ, Neylan TC. Posttraumatic stress disorder is associated with emotional eating. *J Traumatic Stress.* 2013; 26(4): 521-5.

Matsumoto LSV. Protocolo da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento de pacientes com o diagnóstico de Transtorno Alimentar e Transtorno do Estresse Pós-Traumático [monografia]. São Paulo: Centro de Estudo em Terapia Cognitivo-Comportamental. 2013

World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998

Yager J, Power PS. Clinical manual of eating disorders. Washington: American Psychiatric Publishing. 2007. 462 p.

ANEXOS

ANEXO A - Formulário de Solicitação do Espaço/ LABTEL



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



Formulário de Solicitação do Espaço LEP LABTEL / Baia

Docente responsável: Angela Nogueira Bilemi Guenca

Pesquisador responsável: Fábio Lotufo Neto

Projeto de pesquisa: Identificação e avaliação do comportamento de risco para fumantes alimentares em fumantes que iniciaram fumando sintomaticamente para tratar sintomas de infarto no trânsito

COEP Processo nº: — (projeto de laboratório) (conclusão da tese)

FAPESP/CNPQ Processo nº: — (projeto de laboratório) (conclusão da tese)

Descrição: Retirada de dados para o laboratório da conclusão da tese através da aplicação de questionários CTA-9, CTA-10, CTA-11, para avaliação do comportamento de risco para fumar

Fumantes Alimentares com endocrinologia com hipertensão de fundo de estudo. Bi-variáveis

Equipe que fará uso do espaço: Retirada fórmula obtida

E-mail: felisola.guenca@gmail.com / felisola.guenca@usp.br

Telefones: (11) 3091-7817 / (11) 3091-7817 Celular: (11) 97941-7817

Equipamentos emprestados:

Ramal(is) liberado(s) (para preenchimento do LEP):

Dias de realização da pesquisa:

SEG	TER	QUA	QUI	SEX
<u>8</u> : <u>00</u> h	<u>11</u> : <u>00</u> h	<u>14</u> : <u>00</u> h	<u>17</u> : <u>00</u> h	<u>07</u> : <u>00</u> h
<u>9</u> : <u>00</u> h	<u>12</u> : <u>00</u> h	<u>15</u> : <u>00</u> h	<u>18</u> : <u>00</u> h	<u>08</u> : <u>00</u> h

Período de duração da utilização do espaço: 1/08/2016 a 1/09/2016

Atenção

1. Prorrogações e alterações nas condições de uso, uma vez autorizadas, deverão ser submetidas à análise do LEP/STIC que levará em conta a disponibilidade do LabTel.
2. O docente se responsabiliza pela integridade dos equipamentos disponibilizados e por eventuais despesas telefônicas que excedam o permitido por ramal.
3. O uso do LabTel será permitido de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, ou horário do funcionamento da biblioteca, após a consulta ao docente responsável pelo laboratório.
4. O acesso às dependências do LEP será feito por meio da retirada da chave na Portaria localizada no saguão central da FSP, apenas por pessoal prévia e expressamente autorizado, devendo a chave ser restituída ao final da jornada, com aposição da assinatura do responsável.

Estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas.

São Paulo, 01 de agosto de 2016.

Betzabeth Slater Villar

Profa. Dra. Betzabeth Slater Villar
Responsável pelo LEP/LabTel

Pesquisador responsável

F. Lotufo Neto

DR. F. LOTUFO NETO
CRM 36108

Aprovado em / /

ANEXO B – Script primeira ligação telefônica

Olá sr.(a) _____, meu nome é Heloísa, estou falando da Faculdade de Saúde Pública da USP. Eu estou me formando no curso de Nutrição da USP e o motivo desta ligação é que o(a) sr.(a) participou de uma pesquisa no AMBAN no Instituto de Psiquiatria do HC, para tratamento de trauma, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto. O Prof. Lotufo é o meu orientador no TCC e para a realização do meu trabalho com ele eu estou fazendo uma pesquisa sobre comportamento alimentar. Para essa pesquisa eu preciso aplicar um questionário que envolve cerca de 30 questões e leva entre 10-15 minutos de aplicação. O(a) sr(a) aceitaria participar? Lembrando que as informações coletadas nesta ligação são totalmente confidenciais e serão utilizadas somente para dados estatísticos da pesquisa, sendo que os dados do(a) sr.(a) não serão revelados em nenhum momento.

ANEXO C – *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*



EDE-Q

Nome:
/ /

Data:

As questões a seguir dizem respeito somente às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, leia atentamente e responda a todas as questões.

Questões de 1 a 12: Por favor assinale o número que considerar mais apropriado.

EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS 28 DIAS...	Nenhum dia	1 a 5 dias	6 a 12 dias	13 a 15 dias	16 a 22 dias	23 a 27 dias	todos os dias
1. Você <u>tentou</u> de forma consciente restringir o que come para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você passou muito tempo sem comer alguma coisa (8 horas ou mais, estando acordado/a) para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. Você <u>tentou</u> evitar algum tipo de alimento de que gosta para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você <u>tentou</u> seguir regras definidas em relação à sua alimentação (por exemplo, um limite de calorias) para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha conseguido)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Você teve um forte desejo de ficar com o estômago <u>vazio</u> para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você teve um forte desejo de ter o abdome <u>totalmente plano</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensar sobre <u>comida, alimentação ou calorias</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (trabalhar, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar sobre <u>forma ou peso</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalhar, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você teve um medo intenso de perder o controle sobre a alimentação?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você teve um medo intenso de ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Você se sentiu gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
12. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Questões de 13-18: Por favor preencha a lacuna com o número apropriado. Lembre-se que as questões só se referem às últimas 4 semanas (28 dias).

DURANTE AS ÚLTIMAS SEMANAS (28 DIAS)...

13. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você comeu o que as outras pessoas considerariam uma quantidade muito grande de comida para aquela situação ?	
14. [Se respondeu sim na pergunta 13] Em quantas dessas ocasiões você teve a sensação de ter perdido o controle sobre o que você estava comendo (no momento em que estava comendo)?	
15. [Se respondeu sim na pergunta 13] Nos últimos 28 dias, em quantos dias esses episódios de ingestão excessiva ocorreram (isto é, você comeu uma quantidade muito grande de comida e teve a sensação de perder o controle na mesma ocasião)?	
16. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você provocou o <u>vômito</u> como meio de controlar sua forma ou peso?	

17. Nos últimos 28 dias, quantas vezes você tomou laxante como meio de controlar sua forma ou peso?							
18. Nos últimos 28 dias, quantas vezes você se exercitou de modo compulsivo como meio de controlar seu peso, forma ou quantidade de gordura, ou para queimar calorias?							
Questões de 19 a 21: Por favor, assinale o número apropriado. Note que nestas questões o termo “ ingestão excessiva ” significa comer o que os outros considerariam uma quantidade muito grande de comida para a situação, acompanhada de sensação de perda de controle sobre a alimentação.							

19. Em quantos dos últimos 28 dias, você comeu escondido/a (isto é, secretamente)? [não conte episódios de ingestão excessiva]	Nenhum dia	1 a 5 dias	6 a 12 dias	13 a 15 dias	16 a 22 dias	23 a 27 dias	todos os dias
	0	1	2	3	4	5	6
20. Qual foi a proporção de vezes em que você se sentiu culpado/a ao comer (sentiu que tinha feito algo errado) por causa dos efeitos disso sobre sua forma ou peso? [não conte episódios de ingestão excessiva]	Nenhuma vez	Poucas vezes	Menos que a metade	Metade das vezes	Mais que a metade	A maior parte das vezes	Todas as vezes
	0	1	2	3	4	5	6
21. Nos últimos 28 dias, quão preocupado/a você ficou com outras pessoas vendo você comer? [não conte episódios de ingestão excessiva]	Nem um pouco		Leve mente		Moderadament e		Profundamente
	0	1	2	3	4	5	6
Questões de 22 a 28: Por favor, assinale o número apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias)	Nem um pouco		Leve mente		Moderadament e		Profundamente
Nos últimos 28 dias...							
22. O seu peso influenciou a maneira como você se julgou (viu-se, sentiu-se, avaliou-se) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
23. A sua forma influenciou a maneira como você se julgou (viu-se, sentiu-se, avaliou-se) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
24. Quanto você teria se chateado se te pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais, nem menos) pelas próximas 4 semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. Quão insatisfeito/a você se sentiu com seu peso ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Quão insatisfeito/a você se sentiu com sua forma ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Quão desconfortável você se sentiu vendo seu corpo (por exemplo: observando sua forma no espelho, em reflexos em vitrines, ao se despir, ao tomar banho...)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Quão desconfortável você se sentiu com outras pessoas vendo seu corpo (por exemplo: num vestiário, ao nadar, ao usar roupas apertadas...)?	0	1	2	3	4	5	6
Qual o seu peso atual? _____	Sabe me dizer qual o peso máximo atingido? _____						
Qual sua altura? _____	E o peso mínimo? _____						
Faz relação com ganho de peso e o trauma? _____							
Costuma ingerir maior quantidade de alimento em períodos de ansiedade: _____							
[SE MULHER] Ficou sem menstruar nos últimos 3 ou 4 meses? _____							
Em caso de resposta afirmativa: Por quantos meses você ficou sem menstruar? _____							
Você está tomando anticoncepcionais (pílulas)? _____							

ANEXO D – Pontuação do *EDE-Q*

Para pontuação do *EDE-Q*

1. Subescala de Restrição (5 itens)

- Restrição alimentar (perg 1)
- Evitar se alimentar (perg 2)
- Evitar ingestão de alimentos (perg 3)
- Regras de dieta (perg 4)
- Estômago vazio (perg 5)

- Total (soma dos pontos):
- Divididos pelo número de itens avaliados:
- Total do escore da subescala

Total da subescala de restrição:

.....

2. Subescala de Preocupação Alimentar (5 itens)

- Preocupação com comida, ingestão ou calorias (perg 7)
- Medo de perder o controle sobre a alimentação (perg 9)
- Comer escondido (perg 19)
- Comer socialmente (perg 21)
- Culpa por comer (perg 20)

- Total (soma dos pontos):
- Divididos pelo número de itens avaliados:
- Total do escore da subescala

Total da subescala de preocupação alimentar:

.....

3. Subescala de Preocupação com a Forma (8 itens)

- Abdome plano (perg 6)
- Preocupação com forma e peso (perg 8)
- Importância da forma (perg 23)
- Medo de ganhar peso (perg 10)
- Insatisfação com a forma (perg 26)
- Desconforto ao ver o corpo (perg 27)
- Desconforto ao expor o corpo (perg 28)
- Sensação de estar gordo (perg 11)

- Total (soma dos pontos):
- Divididos pelo número de itens avaliados:
- Total do escore da subescala

Total da subescala de preocupação com a forma:

.....

4. Subescala de Preocupação com o Peso (5 itens)

- Importância do peso (perg 22)
- Reação à prescrição para se pesar (perg 24)
- Preocupação com forma e peso (perg 8)
- Insatisfação com o peso (perg 25)
- Desejo de perder peso (perg 12)

- Total (soma dos pontos):
- Divididos pelo número de itens avaliados:
- Total do escore da subescala

Total da subescala de preocupação com o peso:

.....

Escore global

- Total do escore da subescala de restrição:
- Total do escore da subescala de preocupação alimentar
- Total do escore da subescala de preocupação com a forma
- Total do escore da subescala de preocupação com o peso
- Total (soma dos pontos):
- Divididos pelo número de subescalas avaliadas:

Total do escore global:

.....