

Protocolo de diagnóstico e tratamento de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

Diagnosis and treatment protocol for Binge eating disorder (BED) at the Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

Vívian Ribeiro Carvalho¹. Gustavo Câmara Landim¹. Maria da Glória Fontenelle Araújo Siqueira¹. Andrea Dantas Mota¹. Rodrigo Campos Sales Pimentel¹. Nara Fabíola Costa de Brito¹.

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC), Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Apresentar o protocolo desenvolvido para diagnóstico e tratamento de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) em pacientes adultos no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). **Metodologia:** Uma revisão de literatura foi realizada, a fim de buscar informações atualizadas sobre o tema e de construir um protocolo que possa facilitar o diagnóstico e o tratamento do transtorno. Foram utilizadas referências clássicas, como o DSM-5, o CID-10 e o CID-11, bem como artigos publicados, nos últimos seis anos, por grupos de estudo do tema. **Resultados:** Com base nas evidências levantadas, foi elaborado um fluxograma, contemplando recomendações para diagnóstico e tratamento de TCA em adultos. **Conclusões:** O protocolo elaborado pode auxiliar a equipe assistencial do HUWC no diagnóstico e no tratamento de pacientes com TCA, melhorando a resposta ao tratamento de comorbidades potencialmente severas, associadas e agravadas pelo referido transtorno.

Palavras-chave: Transtorno da Compulsão Alimentar. Diagnóstico. Terapêutica. Protocolos clínicos.

ABSTRACT

Objective: To present the protocol developed for diagnosis and treatment of Binge Eating Disorder (BED) in adult patients at Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). **Methods:** A literature review was carried out in order to seek up-to-date information on the subject and to build a protocol that could facilitate the diagnosis and treatment of the disorder. Classic references were used, such as the DSM-5, ICD-10 and ICD-11, as well as articles published in the last six years by study groups on the subject. **Results:** Based on proven evidence, a flowchart was prepared, including recommendations for the diagnosis and treatment of BED in adults. **Conclusions:** The elaborated protocol can help the HUWC health-care team in the diagnosis and treatment of BED, improving the response to the treatment of potentially serious comorbidities, associated and aggravated by the referred disorder.

Keywords: Keywords: Binge eating disorder. Diagnosis. Therapeutics. Clinical protocols.

Autor correspondente: Vivian Ribeiro Carvalho, Rua Governador Manoel de Castro Filho, 100, Edson Queiroz, Fortaleza, Ceará. CEP: 60811-595. E-mail: v.ribcarvalho@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 15 Jan 2023; Revisado em: 26 Fev 2023; Aceito em: 21 Ago 2023.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) é o transtorno alimentar mais associado ao sobrepeso (índice de massa corpórea – IMC – entre 25 e 30 kg/m²)¹ e à obesidade (IMC > 30 kg/m²)¹ e o mais prevalente, afetando cerca de 2,22% da população geral,^{2,3} 15,7 a 40% de indivíduos obesos⁴ e 4,2 a 47% dos candidatos à cirurgia bariátrica,³ com proporção entre gêneros de 2 mulheres:1 homem⁵. A idade de início é precoce, geralmente na adolescência ou início da vida adulta.^{3,6}

O transtorno é caracterizado por recorrentes episódios de compulsão alimentar, seguidos de sensação de culpa.⁷ Um maior enfoque foi dado, pela CID-11, no critério diagnóstico de perda de controle durante alimentação, acrescentando a definição de episódios de compulsão alimentar “subjetivos”, que envolvem ingesta alimentar dentro dos limites da normalidade, porém experimentada como excessivo pelo indivíduo.⁸

Devido ao excesso de consumo calórico, o TCA é fortemente associado à obesidade, à síndrome metabólica, ao diabetes e a doenças cardiovasculares. Ademais, o comer compulsivo dificulta adesão ao tratamento de pacientes obesos, uma vez que os episódios estão associados à marcada impulsividade, resultando em aumento de mortalidade.^{9,10,11,12} Outras comorbidades parecem ser independentes da obesidade, como distúrbios gastrointestinais, síndromes dolorosas,³ doenças musculoesqueléticas e respiratórias.¹³

Comorbidades psiquiátricas têm elevada prevalência (79%),³ como transtornos do estresse pós-traumático (26%), de humor (46%), de ansiedade (65%), de fobia social (32%) e transtorno por uso de substâncias (23%).^{9,10,11}

As causas do TCA são, até o momento, desconhecidas; porém, fatores traumáticos são frequentemente encontrados na história de vida desses pacientes. Estudos recentes sugerem que a etiologia subjacente consiste em pistas ambientais, processamento alterado de estímulos alimentares e de respostas comportamentais, além de alterações cerebrais, especificamente em áreas cerebrais associadas ao controle cognitivo, ao afeto negativo e à sensibilidade à recompensa,⁹ semelhante ao observado em indivíduos com transtorno por uso de substâncias.¹¹

Em particular, a literatura aponta importante papel de três construtos cognitivos no desenvolvimento do TCA: menor sensibilidade à recompensa; controle cognitivo prejudicado;^{9,11} e afeto negativo, tipicamente relacionado ao estresse e à frequência de episódios de compulsão alimentar.⁹

Apesar de a literatura atual evidenciar a importância do tratamento do TCA, há ainda uma baixa taxa de tratamento desta condição.¹¹

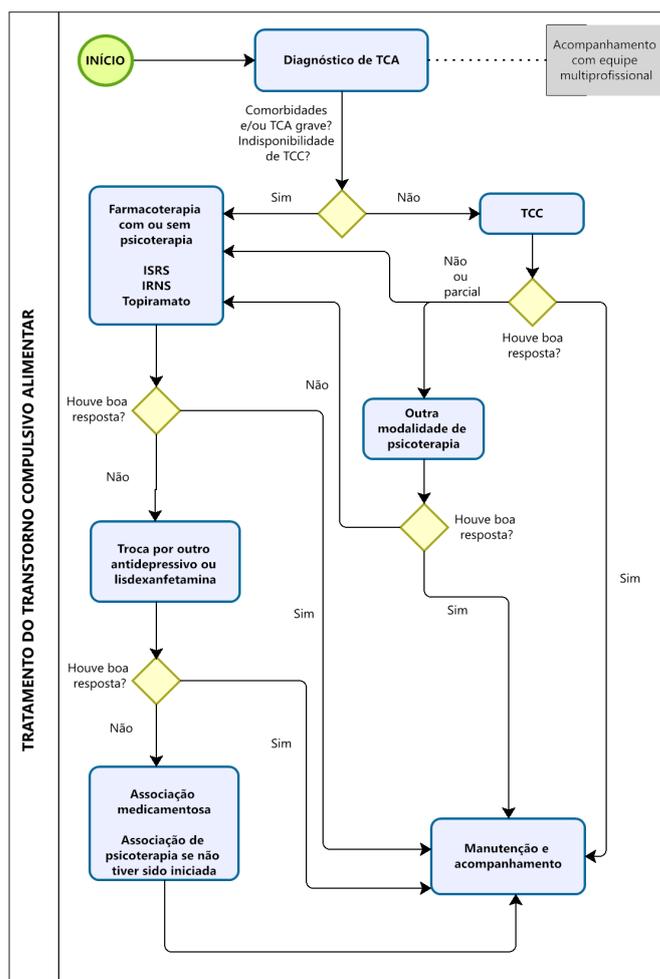
Devido aos fatos apontados, observa-se a importância de um material protocolado para que as equipes de saúde, nas diversas especialidades, tenham maior facilidade em identificar o TCA e iniciar o tratamento adequado.

SOBRE O PROTOCOLO

O protocolo para diagnóstico e tratamento de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) foi feito por médicos da equipe de psiquiatria, por solicitação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), responsável pela direção do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Seu objetivo é auxiliar no diagnóstico e no tratamento do TCA, de forma unificada, por meio de fluxograma (Figura 1) de fácil compreensão, acessível aos diversos serviços de saúde do hospital, em enfermarias e em ambulatórios. Também foi considerado o perfil de pacientes atendidos, para elencar as opções terapêuticas. Assim, visa-se a reduzir o atual subdiagnóstico do transtorno e, conjuntamente ao serviço de psiquiatria, promover estabilização da psicopatologia associada; reduzir episódios de compulsão alimentar; melhorar qualidade de vida, autoestima e autocuidado dos pacientes; e tratar eventuais alterações clínico-metabólicas.

Figura 1. Tratamento do transtorno compulsivo alimentar.



Fonte: Freitas S, Lopes C, Coutinho W, Appolinario J. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):215-220. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008

Foi aprovado em junho de 2022 pela EBSEH e publicado em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/hospital-universitario-walter-cantidio/protocolos/psiquiatria/pro-apsi-003-v2-tratamento-do-transtorno-de-compulsao-alimentar.pdf/view>. A próxima revisão está prevista para junho de 2024.

O protocolo encontra-se estruturado em 15 itens; sendo detalhados 9 deles a seguir. Optou-se por excluir os itens *siglas e conceitos*, *objetivos*; *justificativas*; *critérios de inclusão e exclusão*; e *histórico de revisão*, por já serem contemplados ao longo deste artigo.

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Compete ao psiquiatra avaliar, através da entrevista clínica, se o paciente apresenta alguma problemática relacionada à sua alimentação e ao seu corpo. A anamnese deve se direcionar ao comportamento alimentar, especialmente na população que busca tratamento para perda de peso, com extenso histórico de tentativas dietéticas, ou que se encontram no pré- ou pós-operatório de cirurgia bariátrica. A psicopatologia geral também deve ser investigada e abordada.⁶

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com frequência mínima de uma vez por semana, durante três meses^{7,8}; porém períodos mais curtos (1 mês) são aceitos, na presença de episódios muito frequentes ou associados a sofrimento significativo.⁸

Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:⁷

- Comer mais rapidamente do que o normal;
- Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
- Comer grandes quantidades de alimentos na ausência de sensação física de fome;
- Comer sozinho por vergonha do quanto está comendo;
- Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado após o episódio de compulsão alimentar.

No entanto, diferentemente da bulimia nervosa, os episódios não são acompanhados regularmente de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes.^{6,7}

Segundo DSM-5, o TCA pode ser leve (1 a 3 episódios por semana); moderado (4 a 7 episódios por semana); grave (8 a 13 episódios por semana) e extremo (14 ou mais episódios por semana).⁷ Critérios de remissão e de gravidade não são contemplados na CID-11 (Figura 2).

O critério diagnóstico “sensação de falta de controle da alimentação durante o episódio” implica que este transtorno apresenta importante comprometimento do controle dos

impulsos e também ilustra a natureza compulsiva do comportamento.¹⁰

Pessoas com TCA, geralmente, apresentam obesidade mais grave e de início mais precoce³. Ao exame físico, evidencia-se, geralmente, obesidade.^{3,6}

EXAMES DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico é clínico,⁷ porém escalas para rastreio diagnóstico podem ser utilizadas, como a *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF-BR) (Figura 3), onde pelo menos duas respostas positivas sugerem transtorno alimentar; e a *Escala de Compulsão Alimentar Periódica* (ECAP) (Figura 4A e 4B), com pontuação superior a 18 sugerindo o diagnóstico de TCA. Ambas escalas possuem validação no Brasil.

TRATAMENTO E PLANO TERAPÊUTICO

Nenhum dos manuais diagnósticos refere-se ao peso ou às sequelas metabólicas da obesidade no TCA, não havendo, assim, tratamento diferenciado para os diferentes graus de obesidade.¹⁰

Tratamento não farmacológico

O acompanhamento deve ser realizado por equipe interdisciplinar (médicos, psicólogo, nutricionista, educador físico, enfermeiro etc.).^{14,15}

De uma forma geral, as intervenções psicológicas têm se mostrado eficientes. A terapia cognitivo-comportamental é a forma de psicoterapia mais estudada nesta condição e é a opção de escolha nos casos de TCA leve, sem outras comorbidades psiquiátricas associadas. Quando não há resposta somente com a psicoterapia, ou quando há outras comorbidades psiquiátricas envolvidas, deve-se utilizar o tratamento farmacológico, de acordo com a avaliação clínica.⁶

Quando não há resposta à TCC, em casos de pouca adaptação ou indisponibilidade dessa terapia, outros modelos psicoterápicos devem ser ofertados. A terapia interpessoal e a terapia comportamental dialética também foram avaliadas nessa condição, com resultados menos robustos que a TCC.⁶

A orientação nutricional cumpre um papel importante em fornecer informações ao paciente sobre o valor nutricional dos alimentos, ajudando-o a fazer escolhas mais adequadas e, assim, estabelecer gradualmente um comportamento alimentar mais saudável e autônomo.^{6,12}

Tratamento farmacológico

Vários agentes farmacológicos têm sido amplamente estudados para esse transtorno. Contudo, a única droga atualmente aprovada, tanto pela Food and Drug Association (FDA) quanto pela agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para o tratamento do TCA moderado a grave, é a lisdexanfetamina.⁶ Ressalta-se que outros agentes foram testados e também são utilizados atualmente, de forma off-label no TCA.^{6,15}

Figura 2. Quadro comparativo de critérios diagnósticos entre DSM-5 e CID-11.

DSM-5	CID-11
Transtorno da compulsão alimentar	
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes; 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo). <p>B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer muito mais rapidamente do que o normal; 2. Comer até sentir-se incomodamente repleto; 3. Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; 4. Comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome; 5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. <p>C. Angústia acentuada relativa à presença de compulsão alimentar.</p> <p>D. A compulsão alimentar ocorre, na média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.</p> <p>E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados como na bulimia nervosa e nem ocorre durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios do transtorno da compulsão alimentar periódica, os episódios de compulsão alimentar ocorrem numa frequência média menor que um episódio por semana por um período de tempo mantido. Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de transtornos da compulsão alimentar, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional): Leve: 1-3 episódios de compulsão alimentar por semana. Moderada: 4-7 episódios de compulsão alimentar por semana. Grave: 8-13 episódios de compulsão alimentar por semana. Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.</p>	<p>Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais, por um período 3 meses). O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiencia uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar está presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha ou comer alimentos que não são parte de sua dieta regular.</p> <p>Os episódios de compulsão alimentar não são regularmente acompanhados por comportamentos compensatórios inapropriados visando prevenir o ganho de peso.</p> <p>Os sintomas e comportamentos não são mais bem explicados por outra condição médica (como Síndrome de Prader-Willi) ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo) e não se deve ao efeito de uma substância ou medicação no sistema nervoso central, incluindo sintomas de retirada/abstinência.</p> <p>Há uma acentuada angústia sobre o padrão de compulsão alimentar ou prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.</p>
<p>DSM-5 = 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID-10 = 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças; IMC = índice de massa corporal; AN = anorexia nervosa.</p>	

Fonte: Hiluy J, Nunes FT, Pedrosa MAA, Appolinário JCB. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. Debates em Psiquiatria [Internet]. 30º de setembro de 2019 [citado 28º de março de 2023];9(3):6-13. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/49>.

Figura 3. SCOFF-BR.

1. <i>Você provoca vômito quando está se sentindo desconfortavelmente cheio?</i>
2. <i>Você se preocupa de ter perdido o controle do quanto você come?</i>
3. <i>Você perdeu recentemente mais de 5 quilos num período de 3 meses?</i>
4. <i>Você acredita estar gordo(a), apesar das outras pessoas dizerem que você está muito magro(a)?</i>
5. <i>Você diria que a comida domina a sua vida?</i>

Fonte: Teixeira AA, Roque MA, de Freitas AA, dos Santos NF, Garcia FM, Khoury JM, et al. The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults: cultural adaptation and validation study in a university population. Braz J Psychiatry. 2021;00:000-000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1667>.

Figura 4A. Escala de compulsão alimentar periódica.

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	
BES (BINGE EATING SCALE)	
Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).	
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).	
Nome: _____	Data: ___/___/___
Lista de verificação dos hábitos alimentares	
Instruções:	
Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.	
<p># 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p> <p># 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.</p> <p># 3</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p> <p># 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p> <p># 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.</p>	<p># 6</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p># 7</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".</p> <p># 8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).</p> <p># 9</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".</p> <p>#10</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.</p>

Fonte: Freitas S, Lopes C, Coutinho W, Appolinario J. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):215-220. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008.

Figura 4B. Escala de compulsão alimentar periódica.

<p>#11</p> <p>() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).</p> <p>() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).</p> <p>() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.</p> <p>() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.</p> <p>#12</p> <p>() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).</p> <p>() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.</p> <p>() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.</p> <p>() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.</p> <p>#13</p> <p>() 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.</p> <p>() 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.</p> <p>() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.</p> <p>() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.</p>	<p>#14</p> <p>() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.</p> <p>() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.</p> <p>() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.</p> <p>() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.</p> <p>#15</p> <p>() 1. Eu não penso muito sobre comida.</p> <p>() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.</p> <p>() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.</p> <p>() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.</p> <p>#16</p> <p>() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.</p> <p>() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.</p> <p>() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.</p>															
Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.																
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 2	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1	
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	—	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	—	

Fonte: Freitas S, Lopes C, Coutinho W, Appolinario J. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):215-220. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008.

Na confecção do protocolo, a lisdexanfetamina não foi considerada primeira escolha, em virtude do baixo perfil socioeconômico dos pacientes geralmente atendidos no referido hospital e da indisponibilidade deste fármaco na rede pública.

Os agentes farmacológicos mais comumente utilizados são os antidepressivos, destacando-se os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Os aumentos da dose devem ser graduais, levando-se em conta a evolução dos episódios de compulsão alimentar, os sintomas psicopatológicos e os efeitos colaterais. Os ISRS são a escolha terapêutica mais adequada quando se identifica comorbidade com transtorno depressivo ou ansioso, podendo também serem utilizados os inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (ISRN).⁶ A bupropiona parece promover redução do peso e melhora do humor, mas sem alterar as variáveis psicopatológicas do TCA.¹⁵

Outra opção terapêutica é o anticonvulsivante topiramato, sendo mais indicado para pacientes com transtorno bipolar, instabilidade de humor ou características do espectro da impulsividade.¹⁵

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

A internação hospitalar pode ser necessária, devido a complicações clínicas ou comorbidades psiquiátricas que demandem vigilância, como risco de suicídio.

CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Em casos de falha terapêutica, como manutenção dos episódios de compulsão alimentar, faz-se necessária a mudança terapêutica.

CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Pode ser realizada a alta após estabilização ou melhora do quadro clínico ou psiquiátrico que ensejou a internação hospitalar.

MONITORAMENTO

Deverão ser realizados exames laboratoriais e de imagem, de acordo com as comorbidades clínicas. É prudente verificar a pressão arterial regularmente, no caso do uso de venlafaxina e da lisdexanfetamina.

REFERÊNCIAS

1. Agarwal SK. Obesity and non-communicable diseases: Part I cardiovascular diseases, respiratory diseases, depression, liver diseases. *Clin Med Insights*. 2021;2(1):64-79.
2. Krohmer K, Naumann E, Tuschen-Caffier B, Svaldi J. Taking a closer look at body processing in binge eating disorder – Influence of BMI and eating pathology. *Behav Res Ther*. 2022;156:104106.
3. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1411(1):96-105.
4. di Giacomo E, Aliberti F, Pescatore F, Santorelli M, Pessina R, Placenti V, et al. Disentangling binge eating disorder and food addiction: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2022;27(6):1963-70.
5. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2022;27(2):415-28.
6. Iqbal A, Rehman A. Binge Eating Disorder. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 31, 2022.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC; 2022.
8. World Health Organization. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Geneva; 2018 [atualizado em 2022 Feb; acesso em 2022 Sep 13]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
9. Hartogsveld B, Quaedflieg CWEM, van Ruitenbeek P, Smeets T. Volume and Connectivity Differences in Brain Networks Associated with Cognitive Constructs of Binge Eating. *eNeuro*. 2022;9(1):ENEURO.0080-21.2021.
10. Heal DJ, Smith SL. Prospects for new drugs to treat binge-eating disorder: Insights from psychopathology and neuropharmacology. *J Psychopharmacol*. 2022;36(6):680-703.
11. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. 2021;35(2):57-67.
12. Santos BR, Ferreira WA, Antunes RF, Santos GR, Moreira AS, Faller AL. Relação entre Síndrome Metabólica e transtorno de compulsão alimentar. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(5):20396-406.
13. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):16.
14. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020;50(1):24-9.
15. Amodeo G, Cuomo A, Bolognesi S, Goracci A, Trusso MA, Piccinni A, et al. Pharmacotherapeutic strategies for treating binge eating disorder. Evidence from clinical trials and implications for clinical practice. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(4):383-92.

Consideram-se como boa resposta ao tratamento a redução ou cessação na frequência semanal dos episódios de compulsão alimentar e a melhora da psicopatologia associada ao transtorno, após quatro semanas de tratamento regular.¹³ Não há consenso, entre as referências, quanto a um percentual objetivo para esta redução.

Além disso, indicadores metabólicos (como glicemia glicosilada) e melhora da qualidade de vida são avaliados recorrentemente. Uma resposta aparente durante as primeiras quatro semanas de tratamento é indicativo de melhor prognóstico.¹³

Como citar:

Carvalho VR, Landim GC, Siqueira MG, Mota AD, Pimentel RC, Brito NF. Protocolo de diagnóstico e tratamento de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). *Rev Med UFC*. 2024;64(1):e83285.