

NÃO É FOME. NÃO É GULA.
NÃO É VONTADE DE COMER.
**É PERDA DE CONTROLE.
É TCA.**

Como ele afeta os pacientes?

Identificar e diagnosticar precisamente adultos com TCA é a primeira etapa para ajudá-los.*



*O diagnóstico deve ser baseado em uma avaliação completa do paciente que confirma os critérios de TCA estabelecidos no DSM-5®.



O QUE É O TCA?



O QUE É O TCA?

O TCA, desde 2013, considerado um transtorno distinto no DSM-5®, é definido como episódios recorrentes (> uma vez por semana, durante, no mínimo, 3 meses) de consumo de uma grande quantidade de alimentos em um curto tempo, em comparação com o que a maioria das pessoas comeria sob circunstâncias semelhantes. Os pacientes sentem um senso de falta de controle durante uma compulsão e desconforto marcante sobre sua alimentação. Eles tipicamente apresentam vergonha e culpa, entre outros sintomas, sobre sua compulsão e podem esconder esses sintomas.¹

Características essenciais do TCA¹

Os indivíduos com TCA devem atender a todos os seguintes critérios:¹

No mínimo, uma vez por semana, durante 3 meses, eles apresentam um senso de perda de controle sobre a alimentação e consomem uma quantidade anormalmente grande de alimentos em um curto tempo, em comparação com o que a maioria das pessoas comeria sob circunstâncias semelhantes. Esses episódios apresentam, no mínimo, 3 dos seguintes: consumo de alimentos mais rápido do que o normal; consumo de alimentos até estar desconfortavelmente satisfeito; consumo de grandes quantidades de alimentos quando não está com fome; consumo de alimentos isoladamente devido ao embaraço; e/ou sentimento de angústia, depressão ou culpa após comer uma grande quantidade de alimentos.

As pessoas com TCA sentem desconforto significativo sobre sua compulsão alimentar.

Elas não mostram comportamento compensatório regular associado com bulimia nervosa, nem comem compulsivamente unicamente durante um episódio de bulimia nervosa ou anorexia nervosa. O diagnóstico de TCA deve ser baseado nos critérios diagnósticos completos do DSM-5®.

Quais são os estímulos comuns da compulsão alimentar?

Afeto negativo é o estímulo mais comum da compulsão alimentar.¹

Outros estímulos incluem:

- Fatores estressantes interpessoais
- Restrições na dieta
- Sentir-se mal sobre o peso corporal, a forma corporal e os alimentos
- Sentir-se entediado



PREVALÊNCIA

O TCA É QUASE DUAS VEZES TÃO PREDOMINANTE QUANTO A BULIMIA.*2

O TCA afeta 1,9% da população global, com estimativas de prevalência no país individual de 0,2% a 4,7%

Disparidade de sexo no risco durante a vida é maior para BN do que para TCA.

Colômbia	0,9%
Brasil	4,7%
México	1,6%
Romênia	0,2%
Bélgica	1,2%
França	1,7%
Alemanha	0,5%
Itália	0,7%
Países Baixos	0,9%
Nova Zelândia	1,9%
Irlanda do Norte	1,5%
Portugal	2,4%
Espanha	0,8%
EUA	2,6%

TCA: 2,4 a 1

As mulheres têm 2,4 vezes mais chances em comparação com os homens (P < 0,05).

BN: 3,6 a 1

As mulheres têm 3,6 vezes mais chances em comparação com os homens (P < 0,05).



A MAIORIA DOS PACIENTES COM TCA NÃO RECEBE TRATAMENTO.²

Em uma pesquisa global de adultos (> 18 anos de idade) em 14 países, apenas

9,8%

de respondedores com TCA nos últimos 12 meses receberam tratamento no último ano.²

BN = bulimia nervosa.

*Prevalência estimada durante a vida de adultos com > 18 anos de idade, com base nas entrevistas de 24.124 respondedores de 14 países, na maior parte, com renda média alta e alta.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O INÍCIO DO TCA OCORRE MAIS TARDE DO QUE O INÍCIO DA BULIMIA NERVOSA (P < 0,001)²

Em uma pesquisa global de adultos (> 18 anos de idade) em 14 países, a idade média do início do TCA foi de 23,3 anos, enquanto que a idade média do início para aqueles com bulimia nervosa foi de 20,6 anos (P < 0,001).

23,3

é a idade média do início do TCA.²

4,3%

é duração mediana do TCA.²

ADULTOS COM TCA POSSUEM OUTRAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM TAXAS SEMELHANTES ÀQUELAS PARA BULIMIA NERVOSA E ANOREXIA NERVOSA.²

Adultos com TCA podem ter condições psiquiátricas e físicas coexistentes, como transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de uso de substância e obesidade.¹

Em uma pesquisa global de adultos com > 18 anos de idade em 14 países²

79%

atenderam aos critérios durante a vida para, no mínimo, 1 outro transtorno psiquiátrico.*

*Comorbidade de TCA durante a vida (de acordo com os critérios de DSM-4/CIDI).





COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS

CAPACIDADE FUNCIONAL COMPROMETIDA FOI ASSOCIADA COM TCA NOS ADULTOS.^{2,3}

Adultos com TCA relataram comprometimento funcional na Escala de Incapacidade de Sheehan, que é usada para avaliar o comprometimento funcional em 3 domínios:^{1,3,4}

TRABALHO/ESCOLA

VIDA SOCIAL

VIDA FAMILIAR



UMA MAIORIA RELATOU COMPROMETIMENTO SOCIAL DURANTE O ANO PRECEDENTE.²

Em uma pesquisa global de adultos com ≥ 18 anos de idade em 14 países :

47%

relataram comprometimento social durante o último ano.

13%

relataram comprometimento social severo durante o último ano.



CAUSAS POTENCIAIS

A CAUSA EXATA DO TCA É DESCONHECIDA, MAS A PESQUISA SUGERE UMA BASE NEUROBIOLÓGICA.⁵⁻⁸

Teorias predominantes que podem apoiar uma base neurobiológica do TCA:

Centro de recompensa e teoria de desregulação por impulsividade

Adultos com TCA mostraram atividade reduzida nas regiões relacionadas ao controle de impulso do cérebro.⁵

Teoria de disfunção da sinalização de μ -opioide endógeno

A sinalização de opioide converte os estímulos sensoriais nos processos que geram ou potencializam o "gostar" de um alimento particular.^{*7,8}

Teoria de desregulação de neurotransmissor

A sinalização de dopamina converte os estímulos sensoriais nos processos que podem gerar ou potencializar o "querer" de um alimento particular.^{*6-8}

*Evidência origina-se de estudos pré-clínicos e pode não ser aplicável aos humanos.

POSSÍVEIS FATORES DE RISCO GENÉTICOS E AMBIENTAIS TAMBÉM FORAM IDENTIFICADOS.^{1,5,9-11}

A pesquisa sugere que os fatores de risco de TCA podem incluir:

Influências genéticas

- O TCA parece ocorrer em famílias, o que pode refletir influências genéticas aditivas.¹
- Diferenças genéticas nos componentes neurobiológicos do centro de recompensa do cérebro foram observadas.^{6,9}

Influências ambientais

- Em uma avaliação retrospectiva controlada por caso de 162 mulheres com TCA, eventos estressantes da vida foram relatados mais frequentemente no ano precedente ao início do TCA do que nos controles sem TCA.¹⁰
- Em uma pesquisa nacionalmente representativa de 5.702 adultos norte-americanos, dos homens (n = 30) e mulheres (n = 75) que relataram TCA, 98% e 90%, respectivamente, relataram apresentar alguma forma de trauma.^{*11}

*Tipos de trauma incluíram experiência de combate, acidente com risco de vida, desastre natural significativo e agressão física ou sexual.¹¹



RECONHECENDO O TCA EM ADULTOS

IDENTIFICANDO O TCA EM SEUS PACIENTES ADULTOS.

O TCA é definido como episódios recorrentes (no mínimo, uma vez por semana, durante 3 meses) de consumo de uma grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo, em comparação com o que a maioria das pessoas comeria sob circunstâncias semelhantes, com episódios caracterizados por apresentar um senso de perda de controle e desconforto com relação à compulsão alimentar.¹

TCA é diferente da bulimia nervosa.

Não está associado com comportamentos compensatórios, como purga ou exercício excessivo, ou com restrição dietética, embora dieta frequente pode ser relatada.¹

TCA é diferente do comer excessivo.

O comer excessivo é um desafio para muitos adultos. A compulsão alimentar recorrente, enquanto muito menos comum, é muito mais severa, e está associada com problemas físicos e psicológicos significativos.¹²

TCA é diferente da obesidade.

Conforme observado no DSM-5®, em comparação com adultos obesos de peso equivalente sem TCA, adultos obesos com TCA comem mais calorias em estudos de como as pessoas comem e mostram:¹

- Mais comprometimento funcional
- Maior desconforto autorrelatado
- Qualidade de vida inferior
- Mais condições psiquiátricas coexistentes

O TCA OCORREU MAIS FREQUENTEMENTE EM INDIVÍDUOS DE PESO NORMAL, COM SOBREPESO E OBESOS.²

Em uma pesquisa global de adultos com > 18 anos de idade em 14 países.²

<50%

dos adultos com TCA são obesos.

25%

tinham peso normal (IMC 18,5-24,9).

32%

tinham sobrepeso (IMC 25-29,9),
mas não eram obesos (IMC > 30).





RECURSOS



RECURSOS RELACIONADOS AO TCA PARA VOCÊ E SEUS PACIENTES ADULTOS.

Estas informações podem ajudar você a identificar e diagnosticar precisamente adultos com TCA em sua prática clínica.

Iniciando a conversa

Estas perguntas podem ajudar você a iniciar um diálogo com seus pacientes adultos sobre seu comportamento alimentar se houver suspeita de TCA.

Triagem geral¹³

- O paciente está preocupado que ele perdeu o controle sobre o quanto ele come?
- O paciente diria que os alimentos dominam sua vida?

Específico para diagnóstico de TCA¹⁴

Ele(a) frequentemente come dentro de qualquer período de 2 horas uma grande quantidade de alimentos comparada com o que a maioria das pessoas comeria sob circunstâncias semelhantes?

Durante o episódio de compulsão, ele(a) comeu:

- Muito mais rapidamente do que o normal?
- Até ficar desconfortavelmente satisfeito(a)?
- Grandes quantidades de alimentos quando não estava fisicamente com fome?
- Isoladamente porque ele(a) se sentiu embaraçado(a) pelo quanto que estava comendo?
- O(a) paciente se sentiu decepcionado(a) devido ao fato de que ele(a) não conseguiria parar de comer ou controlar o que ou quanto estava comendo?
- Quão frequentemente ele(a) come compulsivamente?

Estes não são os critérios diagnósticos completos. O diagnóstico de TCA deve ser baseado nos critérios diagnósticos completos do DSM-5®.

NÃO É FOME. NÃO É GULA. NÃO É VONTADE DE COMER. **É PERDA DE CONTROLE. É TCA.**



Referências:

1. American Psychiatric Association. Binge-eating disorder. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:350-353. **2.** Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):904-914. **3.** Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication [published correction appears in *Biol Psychiatry*. 2012;72(2):164]. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-358. **4.** Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med*. 1997;27(2):93-105. **5.** Balodis IM, Molina ND, Kober H, et al. Divergent neural substrates of inhibitory control in binge eating disorder relative to other manifestations of obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(2):367-377. **6.** Davis CA, Levitan RD, Reid C, et al. Dopamine for "wanting" and opioids for "liking": a comparison of obese adults with and without binge eating. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(6):1220-1225. **7.** Berridge KC, Ho CY, Richard JM, DiFeliceantonio AG. The tempted brain eats; pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders. *Brain Res*. 2010 Sep 2;1350:43-64. **8.** Wyvell CL, Berridge KC. Intra-accumbens amphetamine increases the conditioned incentive salience of sucrose reward: enhancement of reward "wanting" without enhanced "liking" or response reinforcement. *J Neurosci*. 2000;20(21):8122-8130. **9.** Davis C, Levitan RD, Yilmaz Z, Kaplan AS, Carter JC, Kennedy JL. Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: genotypes and subphenotypes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012;38(2):328-335. **10.** Pike KM, Wilfley D, Hilbert A, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Res*. 2006;142(1):19-29. **11.** Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-Replication Study. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):307-315. **12.** American Psychiatric Association. DSM-5 Fact Sheet. Feeding and eating disorders. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Eating-Disorders.pdf. Accessed Feb 17, 2021. **13.** Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West J Med*. 2000;172(3):164-165. **14.** First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2010.

® DSM-5 é uma marca registrada da American Psychiatric Association.

Takeda Distribuidora Ltda.

Mais informações poderão ser obtidas diretamente com nosso Departamento de Assuntos Científicos através do e-mail: inteligenciacientifica@takeda.com ou por meio dos nossos representantes. SAC: 0800-7710345

Material destinado aos profissionais de saúde.

C-ANPROM/BR/NBU/0004 – Fevereiro/2021

6503666 - FOLHETO INFORMATIVO PARA HCP GERAL SOBRE

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE GRATUITAMENTE

SAC: 0800-7710345

www.takedabrasil.com

