



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

PRISCILLA VASCONCELOS AGUIAR

**COMPULSÃO ALIMENTAR, DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA EM OBESOS**

Recife

2019

PRISCILLA VASCONCELOS AGUIAR

**COMPULSÃO ALIMENTAR, DEPRESSÃO E IDEIAÇÃO SUICIDA EM OBESOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para fins de obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

**Área de concentração:** Neuropsicopatologia

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Recife

2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A282c Aguiar, Priscilla Vasconcelos.  
Compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos / Priscilla Vasconcelos Aguiar. – 2019.  
70 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2019.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Compulsão alimentar. 2. Depressão. 3. Ideação suicida. I. Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti (Orientadora). II. Título.

615.8 CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-151)

PRISCILLA VASCONCELOS AGUIAR

**COMPULSÃO ALIMENTAR, DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA EM OBESOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento.

Aprovada em: 26/07/2019

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Marcelo Cairrão Araújo Rodrigues (Presidente)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nathália Alves da Silva  
(Examinadora externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Lourenço de Araújo Veras  
(Examinadora externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus, que me deu forças nos momentos mais difíceis da minha vida e por me fazer chegar até aqui.

Aos meus pais, Sandra e Elmar (in memoriam), por me proporcionar o maior amor que alguém poderia ter, pela criação, pelos ensinamentos e pela crença em mim.

A minha avó Amélia (Vovó Santinha), pelo seu amor incondicional e companheirismo.

Ao meu irmão Elmar Júnior, pelo amor, carinho e proteção.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o criador, que me proporcionou este momento com muita força e saúde e que esteve sempre comigo nos momentos mais difíceis e mais maravilhosos da minha vida.

À **professora Rosana Christine Cavalcanti Ximenes**, por todos os ensinamentos, oportunidades, compreensão e puxões de orelha, tenho você como um exemplo a ser seguido. Obrigada por não desistir de mim.

Aos **professores Marcelo Cairrão, Nathália Alves e Juliana Lourenço**, obrigada por fazerem parte deste momento e por todas as considerações.

Ao **programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento**, pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos e desafios na minha vida acadêmica.

A todos que compartilharam comigo de forma direta ou indireta de todas as vitórias, angústias, aprendizagens e desafios.

## RESUMO

A compulsão alimentar é definida como o consumo de uma quantidade consideravelmente grande de alimentos em um período de tempo discreto. Pacientes obesos com compulsão alimentar em comparação com os outros pacientes obesos possuem uma maior predisposição a desenvolver transtornos psiquiátricos, dentre eles, a depressão é o mais evidente. Os sintomas depressivos por sua vez, aumentam o risco de comportamento suicida até o suicídio em si. Assim, o presente estudo objetivou determinar possíveis associações entre compulsão alimentar, sintomas depressivos e ideação suicida em obesos. Foi realizado um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de cirurgia geral do Hospital das Clínicas - UFPE. Participaram do estudo 254 obesos. Para análise dos dados, foram utilizados questionário sociodemográfico, a escala de compulsão alimentar – BES, o inventário de depressão de Beck e a escala de ideação suicida de Beck. Os dados foram analisados através de associação entre variáveis categóricas com o teste Qui-quadrado e/ou Teste Exato de Fisher, obtendo margem de erro de 5%. Os resultados relativos às características da amostra, evidenciou que 82,3% eram do sexo feminino. Nos resultados das escalas, 47,6% tinham compulsão alimentar média e 42,1% compulsão grave. 31,9% da população possuíam indícios de depressão leve, moderada ou grave e 6,3% apresentaram ideação suicida. Dessa maneira, o estudo demonstra uma relevância na associação da compulsão alimentar, depressão e ideação suicida, o que corrobora uma necessidade de uma melhor avaliação psicológica ou adoção destas escalas para acompanhamento de sintomas e um melhor condicionamento das condutas terapêuticas.

**Palavras-chave:** Compulsão alimentar. Depressão. Ideação suicida.

## ABSTRACT

Binge Eating Disorder is defined consumption as of an amount of food in a discrete time period. Obese patients with Binge Eating Disorder in comparison with other obese patients the greatest predisposition toward to develop psychiatric disorders, among them, depression is even more evident. Depressive symptoms, in its turn, increase the risk of until the suicide itself. So, the gift study aimed at determining possible associations between binge eating disorder, depression and suicidal ideation in obese. A study was carried out descriptive, transversal with a quantitative approach, accomplished ambulatory in general surgery of Hospital das Clínicas – UFPE. Participated in the study 254 obese. System for analyzing were used socio-demographic questionnaire, the binge eating scale – BES, the Beck Depression Inventory and the scale of Beck's suicidal ideation. The data were analyzed through the association between categorical variables with the Chi-square or Fisher Exact Test, obtaining margin of error of 5%. The results concerning the characteristics of the sample, showed that 82.3% there were female. In the results of the scales, 47,6% had average Binge Eating Disorder and 42.1% had severe Binge Eating Disorder. 31.9% of the population had evidence of mild, moderate or severe depression and 6,3% presented Suicidal Ideation. That way, the study shows an relevance in the association of Binge Eating Disorder, Depression and Suicidal Ideation, which corroborates a better assessment psychological or adoption of these scales for follow-up in symptoms in a better conditional of therapeutic conducts.

**Keywords:** Binge eating disorder. Depression. suicidal ideation.

## LISTA DE TABELAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabela 1 – | Característica das amostras.....  | 22 |
| Tabela 2 – | Resultados das Escalas de Compulsão Alimentar, Escalas de depressão de Beck e Escala de Ideação suicida de Beck.....        | 24 |
| Tabela 3 – | Avaliação da Escala de Compulsão alimentar segundo as variáveis sócio-demográficas .....                                    | 25 |
| Tabela 4 – | Avaliação da Escala de Depressão de Beck Segundo as variáveis sócio-demográficas.....                                       | 27 |
| Tabela 5 – | Avaliação da Escala de Ideação suicida Segundo as variáveis sociodemográficas.....  | 29 |
| Tabela 6 – | Avaliação da escala de Compulsão Alimentar segundo as escalas de depressão de Beck e Escala de Ideação suicida de Beck..... | 32 |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>3</b> | <b>HIPÓTESE</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>4</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>16</b> |
| 4.1      | OBJETIVO GERAL .....  | 16        |
| 4.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 16        |
| <b>5</b> | <b>MÉTODO</b> .....   | <b>17</b> |
| 5.1      | TIPO DE ESTUDO.....   | 17        |
| 5.2      | LOCAL DO ESTUDO .....   | 17        |
| 5.3      | POPULAÇÃO E AMOSTRA .....   | 17        |
| 5.4      | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....   | 17        |
| 5.5      | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....   | 18        |
| 5.6      | VARIÁVEIS .....   | 18        |
| 5.7      | PROCEDIMENTO PARA A COLETA .....  | 18        |
| 5.8      | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....   | 20        |
| 5.9      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....  | 20        |
| 5.10     | RISCOS E BENEFÍCIOS.....  | 21        |
| <b>6</b> | <b>RESULTADOS</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>7</b> | <b>DISCUSSÃO</b> .....  | <b>33</b> |
| <b>8</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....  | <b>37</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>38</b> |
|          | <b>APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE<br/>COMPULSÃO ALIMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</b> ..... | <b>43</b> |
|          | <b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE</b><br>.....  | <b>51</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE .....</b>     | <b>54</b> |
| <b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DADOS BIODEMOGRÁFICOS (ABEP, 2015) .....</b> | <b>55</b> |
| <b>ANEXO B - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR – BES.....</b>              | <b>57</b> |
| <b>ANEXO C - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....</b>                  | <b>59</b> |
| <b>ANEXO D – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK.....</b>                | <b>62</b> |
| <b>ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>                                | <b>64</b> |
| <b>ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA .....</b>      | <b>65</b> |
| <b>ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>         | <b>66</b> |
| <b>ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>   | <b>70</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade obteve destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente (DIAS et al., 2017) . Mundialmente, entre 1980 e 2014, o número de obesos mais que duplicou e esse aumento encontra explicações nas mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, sobretudo devido à alimentação inadequada e ao sedentarismo (WHO, 2015). A mesma, tornou-se um sério problema de Saúde Pública, indicando uma reflexão das alterações que ocorreram na dinâmica da vida das pessoas, integrando questões de ordem econômica, social e principalmente cultural. No Brasil, as estimativas de prevalência de obesidade, segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) , aumentaram de 15 para 18% de 2010 a 2014, em ambos os sexos (BRASIL, 2017).

Em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam com excesso de peso, e destes, mais de 600 milhões eram obesos (WHO, 2015). Ao analisar estes fatores e observar o número crescente de obesos, mundialmente, é de extrema importância um olhar abrangente que reconheça os múltiplos aspectos relacionados ao indivíduo obeso (SILVA et al, 2013).

Por sua vez, o paciente obeso está exposto não apenas a morbimortalidade associada à obesidade, mas também se mostra vulnerável a uma ampla gama de problemas psicológicos e preconceitos sociais (GORDON; KAIO; SALLET, 2011). Dessa maneira, essa população é comumente relacionada ao desenvolvimento de transtornos alimentares, sendo a compulsão alimentar um dos transtornos mais comuns na população em geral e principalmente na população obesa (HUDSON et al., 2007).

A compulsão alimentar é definida como o consumo de uma quantidade consideravelmente grande de alimentos em um período de tempo discreto, com o sentido de acompanhante de perda de controle sobre a alimentação e aflição subsequente (WARD; GALANTE, 2015).

Em geral, pacientes obesos com compulsão alimentar em comparação com outros pacientes obesos, apresentam maiores flutuações no peso, maiores níveis de desinibição na ingestão, insatisfação com a autoimagem, maior gravidade no comportamento alimentar disfuncional, maior conteúdo corporal de gordura e maiores complicações médicas e psiquiátricas (DEVLIN; GOLDFEIN; DOBROW, 2003).

Mais recentemente, alguns estudos passaram a focalizar o comportamento alimentar e a existência de distúrbios alimentares em pacientes pré- e pós-Cirurgia bariátrica, por considerar que são fortes candidatos a desenvolver esse tipo de transtorno (MARINO et al.,2012; COLLES; DIXON; O'BRIEN, 2008).

A presença de compulsão alimentar antes da intervenção cirúrgica, por exemplo, tem sido vista como fator de pior prognóstico, relacionada principalmente com a menor redução de peso ou desenvolvimento de outros transtornos (GUISADO; VAZ, 2003; SALLET et al., 2007; GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

Por conseguinte, a avaliação psiquiátrica pré-operatória tem por objetivo, identificar fatores psicossociais, condições clínicas que contraindiquem o procedimento, tais como, dependência ativa de substâncias, transtornos psicóticos descompensados, depressão e suicídio ( GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

Nesse seguimento, a depressão é um transtorno mental comum e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Mundialmente, estima-se que 300 milhões de pessoas são afetadas por essa condição (OPAS, 2018). De acordo com o mesmo autor, ela pode causar à pessoa afetada sofrimento psíquico e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

O comportamento suicida é definido como um contínuo de pensamentos e comportamentos desde a ideação até o suicídio em si (GANZ; BRAQUEHAIS; SHER, 2010). Além disso, como fatores de risco acrescentado, a prevalência de fatores clínicos, como a existência de diagnósticos prévios de doença mental, com particular destaque para a depressão e a esquizofrenia, assim como os casos de abuso de álcool e drogas (VASCONCELOS-RAPOSO, 2016)

Associada ou não aos transtornos alimentares, a doença mental em geral vem acometendo essa população, sendo os sintomas depressivos e a ideação suicida os mais evidentes nesse grupo de risco. Porém, os mecanismos causais subjacentes à associação entre peso corporal, depressão e suicídio não são bem entendidos, além dos estudos sobre essa temática serem evidentemente escassos (BJERKESET et al., 2008).

Dessa maneira, observando a deficiência de materiais que relacionem a compulsão alimentar com transtornos mentais, em específico a depressão e a ideação suicida, emergiu-se o interesse da temática, uma vez que, ao analisar os inúmeros problemas que a obesidade pode causar ao indivíduo e as evidências de associação com transtornos alimentares, sintomas

depressivos e risco de suicídio, o que leva para risco contra a vida dessa população e outrem, sendo de extrema relevância conhecer os fatores que podem estar associados a ocorrência destes.

Assim, para construção e compreensão da temática, partiu-se do seguinte questionamento: Existe associação entre obesidade, compulsão alimentar, abuso de álcool, sintomas depressivos e ideação suicida?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo é representada por um artigo de revisão integrativa intitulado: “Instrumentos de avaliação do transtorno de compulsão alimentar: uma revisão sistemática”. O trabalho teve como objetivo, avaliar, através de uma revisão sistemática, quais os principais instrumentos utilizados em pesquisas para avaliação da compulsão alimentar. O artigo foi submetido à revista Brasileira de Psiquiatria e é apresentado no **apêndice A** desta dissertação. A elaboração da pergunta norteadora e estratégia de buscas seguiu PICOS, o percurso metodológico de acordo com PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyse) (LIBERATTI et al. 2009; AKOBENG, 2005). Além disso, utilizou-se o Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para avaliar a qualidade dos estudos.

### **3 HIPÓTESE**

- a.** Pacientes obesos com compulsão alimentar tem maior tendência a desenvolver depressão e ideação suicida.
- b.** Pacientes obesos possuem uma maior prevalência para desenvolvimento da compulsão alimentar.
- c.** Pacientes obesos com risco de depressão possuem uma maior tendência a desenvolver ideação suicida.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

Determinar possíveis associações entre compulsão alimentar, sintomas depressivos e ideação suicida em obesos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar a frequência de compulsão alimentar, risco de depressão e ideação suicida em obesos.
- Verificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e a ocorrência de compulsão alimentar, risco de depressão e ideação suicida em obesos.
- Verificar possíveis associações entre compulsão alimentar com o risco de depressão e ideação suicida em obesos.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Estudos de corte transversal descrevem a situação em um dado momento, possibilitando a análise de uma associação (ARAGÃO, 2011).

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas (HC), vinculado a Universidade Federal de Pernambuco, que oferece atendimento médico e hospitalar à população nas diversas áreas. Considerado um hospital modelo entre as unidades universitárias de saúde, ele reúne profissionais renomados e serve de campo de atuação para centenas de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e serviço social. O hospital é referência do Estado de Pernambuco em Cirurgia bariátrica, recebendo pacientes em alto grau de obesidade. O programa de cirurgia bariátrica do Hospital das Clínicas- UPE, iniciou suas atividades em 1997 e vem desempenhando ao longo dos anos um papel importante para o tratamento da obesidade.

### **5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi composta por pacientes obesos, vinculados ao Hospital das Clínicas e que são atendidos no ambulatório de Cirurgia Geral para realização da cirurgia bariátrica. A pesquisa foi realizada com o número total de pacientes que se encontram na lista para realização da cirurgia bariátrica, sendo o quantitativo é, em média, de 254 pacientes. Sendo assim, a amostra foi censitária.

### **5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Todos os pacientes obesos, de ambos os sexos, que estão na lista para realizar a cirurgia bariátrica no serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas.

## 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes menores de 18anos de idade;
- Pacientes com baixo nível de escolaridade ou que possua alguma condição física ou cognitiva que o impossibilite de responder os questionários;

## 5.6 VARIÁVEIS

As variáveis estudadas serão divididas em Dependentes e Independentes.

### DEPENDENTES

Compulsão alimentar

Depressão

Ideação suicida

### INDEPENDENTE

Obesidade

## 5.7 PROCEDIMENTO PARA A COLETA

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, obtendo o CAAE nº 03925718.7.0000.5208.

A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a março/2019.

Para realização da coleta de dados, a pesquisadora realizou um treinamento, ministrado por uma psicóloga, para aplicação dos questionários juntamente com a psicóloga do serviço.

Foi realizada a apresentação no setor de coleta, o ambulatório de Cirurgia Geral, realizou-se a busca ativa dos nomes e registro dos pacientes vinculados ao setor e que estão na lista de espera para realização da cirurgia bariátrica. Em seguida, entramos em contato com o paciente para posterior agendamento da coleta de dados. Após o aceite em participar do estudo,

foi escolhido uma sala de consultório no próprio ambulatório, um local discreto e silencioso, para preenchimento dos questionários utilizados no estudo com as informações necessárias para atender os objetivos propostos.

Os questionários supracitados são validados e autoexplicativos, não necessitando de intervenção do pesquisador no momento da coleta.

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário baseado nos Critérios de **Classificação Socioeconômica Brasil** (ABEP, 2015) (ANEXO A), fornecendo dados sobre os componentes sociais (sexo, idade, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, número de pessoas que convivem na casa, tipo de moradia, entre outros) e econômicos (renda familiar).

**A Escala de Compulsão Alimentar – BES** (ANEXO B) é um questionário autoaplicável, válido como instrumento de rastreamento da compulsão alimentar (FREITAS et al., 2001). O questionário possui 16 questões, com 62 afirmativas, das quais precisam ser selecionadas, em cada questão, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo (SILVA et al., 2018). Cada afirmativa possui um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) da compulsão alimentar. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada questão. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem compulsão, pontuação de 18 a 26 são considerados com compulsão moderada e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com a forma grave (PETRIBU et al., 2006).

**O Inventário de depressão de Beck** (ANEXO C) - Trata-se de uma escala de autorelato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (BECK; STEER, 1993; ROSA et al., 1986), composta por 21 itens e estimativas de fidedignidade estabelecidas a partir de seis amostras psiquiátricas (BECK; STEER, 1993). O instrumento possui 21 itens. Para cada um com quatro (com escore variando de 0 a 3) afirmativas de resposta, entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas (BECK et al., 1996). Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão (PARANHOS et al., 2010).

**A Escala de Ideação Suicida de Beck** (ANEXO D) - traduzida e adaptada por Cunha (2001), esta escala detecta a presença de ideação suicida e mede a proporção da motivação e planejamento de um comportamento suicida (PINTO, 2011). É composta por 21 itens e afirmações que variam entre 0 a 2. Os primeiros 19 itens avaliam a ideação suicida, tentativa

de suicídio ativa, avaliando o desejo de viver, desejo de morrer, razões para viver ou para morrer, tentativa de suicídio passiva, duração dos pensamentos suicidas, frequência da ideação suicida, controlo sobre a ideação suicida, obstáculos na tentativa de suicídio, atitude perante a ideação suicida, razões das tentativas de suicídio, especificidade dos planos, disponibilidade e oportunidade para a execução do plano suicida e a capacidade para levar avante a tentativa de suicídio. Os itens 20 e 21 questionam acerca do número anterior de tentativas de suicídio (PINTO,2011).

Estes questionários (ANEXOS A, B, C, D) são compostos por alternativas de múltipla escolha, referente aos aspectos sociodemográficos e psicossociais da população de estudo.

## 5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de homogeneidade de variação foi empregada aplicando-se o teste de Bartlett.

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana da variável idade. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

## 5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto seguiu a Resolução 466/12 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE). A coleta dos dados só teve início após aprovação pelo referido comitê de ética, além da autorização dos locais de estudo através da Carta de Anuência (ANEXO E), Termo de Compromisso e Confidencialidade (ANEXO H) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) (ANEXO F) pelos participantes do estudo.

Foi preservado o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados foram estudados, assegurando assim, que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação da população de estudo. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço informado no Termo de Confidencialidade (ANEXO G), pelo período mínimo de 5 anos.

#### 5.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa envolveu risco mínimo, uma vez que a pesquisadora se comprometeu a seguir todos os critérios éticos do estudo. Foi assinado um termo de confidencialidade, garantido o anonimato da população do estudo.

Essa pesquisa pôde contribuir para levantar discussões e estratégias a respeito do cuidado de enfermagem ao paciente obeso, que é um grupo de pacientes bastante vulneráveis, apresentando maiores risco de desenvolver transtornos alimentares e/ou psicológicos. Como benefícios, espera-se que os resultados dessa pesquisa sirvam para subsidiar os gestores a uma melhor compreensão da temática, além do encaminhamento precoce de casos suspeitos ao serviço psicológico do Hospital das Clínicas, estimulando a implementação de medidas preventivas para essa temática. A pesquisadora se comprometeu a esclarecer quaisquer dúvidas acerca do tema, após o término da aplicação dos questionários do estudo.

## 6 RESULTADOS

A amostra totalizou em 254 pacientes. A idade dos participantes variou de 18 a 77 anos, teve média de 40,29 anos, desvio padrão igual a 12,09 anos e mediana igual a 39,00 anos.

A Tabela 1, descreve os resultados relativos às características da amostra. Evidenciou que a maioria dos participantes (82,3%) eram do sexo feminino; os percentuais das três faixas etárias consideradas variaram de 28,0% a 36,6%. Nas variáveis: estado civil, assistência à saúde, município de origem e renda tinha falta de informação para 17,3% dos pesquisados e do percentual com a informação disponível: as duas categorias mais prevalentes corresponderam aos casados (39,4%) e solteiros (35,8%); apenas 5,1% tinha assistência à saúde privada e a maioria (77,6%) tinha direito ao SUS; os dois maiores percentuais corresponderam aos procedentes de municípios da RMR e Sertão de estado com 44,9% e 33,5%; aproximadamente a metade (49,2%) tinha renda de 1 a 2 salários mínimos (SM), 23,6% renda inferior a 1 Salário Mínimo e o restante tinha renda mais de 2 a 5 Salários Mínimos (8,7%) e mais de 5 a 10 Salários Mínimos (1,2%).

52,4% da amostra tinha ensino médio, 25,2% ensino fundamental, 11,4% ensino superior; a maioria (71,7%) tinha filhos; a minoria (18,1%) afirmou ter realizado tratamento psicológico recentemente próximo da pesquisa.

**Tabela 1 – Características da amostra**

| Variável                      | N          | %            |
|-------------------------------|------------|--------------|
| <b>TOTAL</b>                  | <b>254</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Sexo</b>                   |            |              |
| Masculino                     | 45         | 17,7         |
| Feminino                      | 209        | 82,3         |
| <b>Faixa etária (em anos)</b> |            |              |
| 18 a 35                       | 93         | 36,6         |
| 36 a 45                       | 71         | 28,0         |
| 46 ou mais                    | 82         | 32,3         |
| <b>Variável</b>               | <b>N</b>   | <b>%</b>     |

|                                 |          |          |
|---------------------------------|----------|----------|
| Não informado                   | 8        | 3,1      |
| <b>Variável</b>                 | <b>N</b> | <b>%</b> |
| <b>Estado civil</b>             |          |          |
| Solteiro (a)                    | 91       | 35,8     |
| Casado (a)                      | 100      | 39,4     |
| União estável                   | 9        | 3,5      |
| Divorciado (a)                  | 10       | 3,9      |
| Não informado                   | 44       | 17,3     |
| <b>Assistência à saúde:</b>     |          |          |
| Privada                         | 13       | 5,1      |
| SUS                             | 197      | 77,6     |
| Não informado                   | 44       | 17,3     |
| <b>Município de origem:</b>     |          |          |
| RMR                             | 114      | 44,9     |
| Sertão de PE                    | 85       | 33,5     |
| Outros municípios de PE         | 11       | 4,3      |
| Não informado                   | 44       | 17,3     |
| <b>Renda (Salários mínimos)</b> |          |          |
| Menos de um                     | 60       | 23,6     |
| De 1 e 2                        | 125      | 49,2     |
| Mais de 2 e 5                   | 22       | 8,7      |
| Mais de 5 a 10                  | 3        | 1,2      |
| Não informado                   | 44       | 17,3     |
| <b>Escolaridade</b>             |          |          |
| Fundamental incompleto          | 28       | 11       |
| Fundamental                     | 64       | 25,2     |
| Médio                           | 133      | 52,4     |
| Superior                        | 29       | 11,4     |

| Variável  | N   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Filhos</b>                                   |     |      |
| Sim   | 182 | 71,7 |
| Não   | 72  | 28,3 |
| <b>Fez tratamento psicológico recentemente?</b> |     |      |
| Sim   | 46  | 18,1 |
| Não   | 208 | 81,9 |

Na Tabela 2, apresenta-se os resultados das escalas; a maioria tinha compulsão alimentar, sendo que 47,6% tinha compulsão média e 42,1% compulsão grave e os 10,2% restante não tinham compulsão alimentar; a presença de ideação suicida foi registrada em 6,3%; a maioria (68,1%) foi classificada sem risco de depressão e dos que tinham depressão os percentuais classificados nas categorias leve, moderada e grave foram 11,8%, 11,8% e 8,3%.

**Tabela 2 – Resultados das escalas de Compulsão alimentar, Escala de depressão de Beck e Escala de Ideação Suicida de Beck**

| Variável                                 | N          | %            |
|--|------------|--------------|
| <b>TOTAL</b>                             | <b>254</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Escala de Compulsão alimentar</b>     |            |              |
| Sem compulsão alimentar                  | 26         | 10,2         |
| Compulsão alimentar média                | 121        | 47,6         |
| Compulsão alimentar grave                | 107        | 42,1         |
| <b>Escala de Ideação suicida de Beck</b> |            |              |
| Sim                                      | 16         | 6,3          |
| Não                                      | 238        | 93,7         |

**Escala de Depressão de Beck**

|                        |     |      |
|------------------------|-----|------|
| Sem risco de depressão | 173 | 68,1 |
| Depressão leve         | 30  | 11,8 |
| Depressão moderado     | 30  | 11,8 |
| Depressão grave        | 21  | 8,3  |

Na Tabela 3, estão presentes os resultados dos cruzamentos entre a classificação da compulsão alimentar com as variáveis sócio-demográficas. Desta tabela se verifica para a margem de erro fixada (5%) que faixa etária foi única variável com associação significativa ( $p = 0,001$ ) com os resultados da variável compulsão alimentar e, para o seguinte cruzamento se ressalta que o percentual sem compulsão alimentar foi mais elevado entre os pesquisados na faixa 46 anos ou mais (17,1%) e variou de 5,4% a 7,4% nas outras duas faixas de idade, o percentual com compulsão média foi menos elevado na faixa 18 a 35 anos (39,8%), foi mais elevada na faixa 46 anos ou mais (57,3%) e foi 50,7% na faixa 36 a 45 anos, enquanto que o percentual com compulsão grave foi mais elevado na faixa etária 18 a 35 anos (54,8%), seguido de 42,3% na faixa 36 a 45 anos e foi 25,6% na faixa 46 anos ou mais.

**Tabela 3 – Avaliação da escala da compulsão alimentar segundo as variáveis sócio - demográficas**

| Variável                      | Escala compulsão alimentar |             |                 |             |                 |             | Grupo Total |              | Valor de p          |
|-------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|
|                               | Sem compulsão              |             | Compulsão média |             | Compulsão grave |             |             |              |                     |
|                               | n                          | %           | N               | %           | n               | %           | N           | %            |                     |
| <b>Sexo</b>                   |                            |             |                 |             |                 |             |             |              | $p^{(1)} = 0,943$   |
| Masculino                     | 5                          | 11,1        | 22              | 48,9        | 18              | 40,0        | 45          | 100,0        |                     |
| Feminino                      | 21                         | 10,0        | 99              | 47,4        | 89              | 42,6        | 209         | 100,0        |                     |
| <b>Total</b>                  | <b>26</b>                  | <b>10,2</b> | <b>121</b>      | <b>47,6</b> | <b>107</b>      | <b>42,1</b> | <b>254</b>  | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Faixa etária (em anos)</b> |                            |             |                 |             |                 |             |             |              | $p^{(1)} = 0,001^*$ |
| 18 a 35                       | 5                          | 5,4         | 37              | 39,8        | 51              | 54,8        | 93          | 100,0        |                     |
| 36 a 45                       | 5                          | 7,0         | 36              | 50,7        | 30              | 42,3        | 71          | 100,0        |                     |
| 46 ou mais                    | 14                         | 17,1        | 47              | 57,3        | 21              | 25,6        | 82          | 100,0        |                     |

|              |           |            |            |             |            |             |            |              |
|--------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| <b>Total</b> | <b>24</b> | <b>9,8</b> | <b>120</b> | <b>48,8</b> | <b>102</b> | <b>41,5</b> | <b>246</b> | <b>100,0</b> |
|--------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|

|                           |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
|---------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| <b>Estado civil</b>       |           |             |            |             |           |             |            |              | $p^{(1)} = 0,156$ |
| Solteiro(a)/Divorciado(a) | 10        | 9,9         | 44         | 43,6        | 47        | 46,5        | 101        | 100,0        |                   |
| Casado(a)/União estável   | 16        | 14,7        | 56         | 51,4        | 37        | 33,9        | 109        | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>              | <b>26</b> | <b>12,4</b> | <b>100</b> | <b>47,6</b> | <b>84</b> | <b>40,0</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                   |

|                             |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
|-----------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| <b>Assistência à saúde:</b> |           |             |            |             |           |             |            |              | $p^{(1)} = 0,561$ |
| Privada                     | 1         | 7,7         | 5          | 38,5        | 7         | 53,8        | 13         | 100,0        |                   |
| SUS                         | 25        | 12,7        | 95         | 48,2        | 77        | 39,1        | 197        | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>                | <b>26</b> | <b>12,4</b> | <b>100</b> | <b>47,6</b> | <b>84</b> | <b>40,0</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                   |

|                             |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
|-----------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| <b>Município de origem:</b> |           |             |            |             |           |             |            |              | $p^{(2)} = 0,544$ |
| RMR                         | 14        | 12,3        | 58         | 50,9        | 42        | 36,8        | 114        | 100,0        |                   |
| Sertão de PE                | 11        | 12,9        | 35         | 41,2        | 39        | 45,9        | 85         | 100,0        |                   |
| Outros municípios PE        | 1         | 9,1         | 7          | 63,6        | 3         | 27,3        | 11         | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>                | <b>26</b> | <b>12,4</b> | <b>100</b> | <b>47,6</b> | <b>84</b> | <b>40,0</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                   |

|                                 |           |             |            |             |           |             |            |              |                   |
|---------------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| <b>Renda (salários mínimos)</b> |           |             |            |             |           |             |            |              | $p^{(1)} = 0,680$ |
| Menos de um                     | 8         | 13,3        | 27         | 45,0        | 25        | 41,7        | 60         | 100,0        |                   |
| Entre 1 e 3                     | 16        | 12,8        | 63         | 50,4        | 46        | 36,8        | 125        | 100,0        |                   |
| Mais de 3 a 10                  | 2         | 8,0         | 10         | 40,0        | 13        | 52,0        | 25         | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>                    | <b>26</b> | <b>12,4</b> | <b>100</b> | <b>47,6</b> | <b>84</b> | <b>40,0</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                   |

|                              |           |             |            |             |            |             |            |              |                   |
|------------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| <b>Escolaridade</b>          |           |             |            |             |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,550$ |
| Analfabeto/ fundamental inc. | 3         | 10,7        | 16         | 57,1        | 9          | 32,1        | 28         | 100,0        |                   |
| Fundamental                  | 10        | 15,6        | 26         | 40,6        | 28         | 43,8        | 64         | 100,0        |                   |
| Médio                        | 11        | 8,3         | 66         | 49,6        | 56         | 42,1        | 133        | 100,0        |                   |
| Superior                     | 2         | 6,9         | 13         | 44,8        | 14         | 48,3        | 29         | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>                 | <b>26</b> | <b>10,2</b> | <b>121</b> | <b>47,6</b> | <b>107</b> | <b>42,1</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                   |

|                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|
| <b>Histórico da obesidade</b> |  |  |  |  |  |  |  |  | $p^{(2)} = 0,519$ |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|

|                        |           |             |           |             |           |             |            |              |
|------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| Início na infância     | 10        | 12,0        | 43        | 51,8        | 30        | 36,1        | 83         | 100,0        |
| Início na Adolescência | 6         | 12,2        | 24        | 49,0        | 19        | 38,8        | 49         | 100,0        |
| Início na vida adulta  | 6         | 10,0        | 23        | 38,3        | 31        | 51,7        | 60         | 100,0        |
| Ambas                  | -         | -           | 1         | 100,0       | -         | -           | 1          | 100,0        |
| <b>Total</b>           | <b>22</b> | <b>11,4</b> | <b>91</b> | <b>47,2</b> | <b>80</b> | <b>41,5</b> | <b>193</b> | <b>100,0</b> |

| <b>Filhos</b> |           |             |            |             |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,975$ |
|---------------|-----------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| Sim           | 19        | 10,4        | 87         | 47,8        | 76         | 41,8        | 182        | 100,0        |                   |
| Não           | 7         | 9,7         | 34         | 47,2        | 31         | 43,1        | 72         | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>  | <b>26</b> | <b>10,2</b> | <b>121</b> | <b>47,6</b> | <b>107</b> | <b>42,1</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                   |

| <b>Fez tratamento psicológico recentemente?</b> |           |             |            |             |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,311$ |
|---|-----------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| Sim   | 2         | 4,3         | 22         | 47,8        | 22         | 47,8        | 46         | 100,0        |                   |
| Não   | 24        | 11,5        | 99         | 47,6        | 85         | 40,9        | 208        | 100,0        |                   |
| <b>Total</b>                                    | <b>26</b> | <b>10,2</b> | <b>121</b> | <b>47,6</b> | <b>107</b> | <b>42,1</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                   |

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 4, são os resultados dos cruzamentos entre a classificação da escala de depressão com as variáveis sócio-demográficas. Desta tabela se verifica que a variável tem ou não filho foi única variável com associação significativa ( $p < 0,05$ ) com os resultados da depressão e para a referida variável se enfatiza as maiores diferenças percentuais: o valor sem depressão foi mais elevado entre os pesquisados com do que sem filho (70,9% x 61,1%) e o contrário ocorreu com os classificados com depressão moderada que teve percentual mais elevado entre os que não tinham filhos (20,8% x 8,2%).

**Tabela 4 – Avaliação da escala de depressão de Beck segundo as variáveis sócio - demográficas**

| Variável | Escala da depressão |   |      |   |          |   |       |   |             |   | Valor de p |
|----------|---------------------|---|------|---|----------|---|-------|---|-------------|---|------------|
|          | Sem risco           |   | Leve |   | Moderada |   | Grave |   | Grupo Total |   |            |
|          | n                   | % | N    | % | n        | % | n     | % | N           | % |            |
|          |                     |   |      |   |          |   |       |   |             |   |            |

| <b>Sexo</b>  |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(1)</sup> = 0,367 |
|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| Masculino    | 32         | 71,1        | 5         | 11,1        | 7         | 15,6        | 1         | 2,2        | 45         | 100,0        |                          |
| Feminino     | 141        | 67,5        | 25        | 12,0        | 23        | 11,0        | 20        | 9,6        | 209        | 100,0        |                          |
| <b>Total</b> | <b>173</b> | <b>68,1</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>21</b> | <b>8,3</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Faixa etária (em anos)</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(1)</sup> = 0,279 |
|-------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| 18 a 35                       | 17         | 60,7        | 1         | 3,6         | 8         | 28,6        | 2         | 7,1        | 28         | 100,0        |                          |
| 36 a 45                       | 40         | 62,5        | 11        | 17,2        | 6         | 9,4         | 7         | 10,9       | 64         | 100,0        |                          |
| 46 ou mais                    | 116        | 71,6        | 18        | 11,1        | 16        | 9,9         | 12        | 7,4        | 162        | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>                  | <b>173</b> | <b>68,1</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>21</b> | <b>8,3</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Estado civil</b>       |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(1)</sup> = 0,179 |
|---------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| Solteiro(a)/Divorciado(a) | 67         | 66,3        | 16        | 15,8        | 11        | 10,9        | 7         | 6,9        | 101        | 100,0        |                          |
| Casado(a)/União estável   | 79         | 72,5        | 7         | 6,4         | 13        | 11,9        | 10        | 9,2        | 109        | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>              | <b>146</b> | <b>69,5</b> | <b>23</b> | <b>11,0</b> | <b>24</b> | <b>11,4</b> | <b>17</b> | <b>8,1</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Assistência à saúde:</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(2)</sup> = 0,588 |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| Privada                     | 8          | 61,5        | 1         | 7,7         | 2         | 15,4        | 2         | 15,4       | 13         | 100,0        |                          |
| SUS                         | 138        | 70,1        | 22        | 11,2        | 22        | 11,2        | 15        | 7,6        | 197        | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>                | <b>146</b> | <b>69,5</b> | <b>23</b> | <b>11,0</b> | <b>24</b> | <b>11,4</b> | <b>17</b> | <b>8,1</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Município de origem:</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(2)</sup> = 0,238 |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| RMR                         | 82         | 71,9        | 9         | 7,9         | 16        | 14,0        | 7         | 6,1        | 114        | 100,0        |                          |
| Sertão de PE                | 54         | 63,5        | 13        | 15,3        | 8         | 9,4         | 10        | 11,8       | 85         | 100,0        |                          |
| Outros municípios PE        | 10         | 90,9        | 1         | 9,1         | 0         | 0,0         | 0         | 0,0        | 11         | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>                | <b>146</b> | <b>69,5</b> | <b>23</b> | <b>11,0</b> | <b>24</b> | <b>11,4</b> | <b>17</b> | <b>8,1</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Renda (salários mínimos)</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(2)</sup> = 0,464 |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| Menos de um                     | 40         | 66,7        | 4         | 6,7         | 9         | 15,0        | 7         | 11,7       | 60         | 100,0        |                          |
| Entre 1 e 3                     | 85         | 68,0        | 17        | 13,6        | 14        | 11,2        | 9         | 7,2        | 125        | 100,0        |                          |
| Mais de 3 a 10                  | 21         | 84,0        | 2         | 8,0         | 1         | 4,0         | 1         | 4,0        | 25         | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>                    | <b>146</b> | <b>69,5</b> | <b>23</b> | <b>11,0</b> | <b>24</b> | <b>11,4</b> | <b>17</b> | <b>8,1</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Escolaridade</b>          |            |             |           |             |           |             |           |            |            |              | p <sup>(2)</sup> = 0,115 |
|------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------------------|
| Analfabeto/ fundamental inc. | 17         | 60,7        | 1         | 3,6         | 8         | 28,6        | 2         | 7,1        | 28         | 100,0        |                          |
| Fundamental                  | 40         | 62,5        | 11        | 17,2        | 6         | 9,4         | 7         | 10,9       | 64         | 100,0        |                          |
| Médio                        | 93         | 69,9        | 14        | 10,5        | 14        | 10,5        | 12        | 9,0        | 133        | 100,0        |                          |
| Superior                     | 23         | 79,3        | 4         | 13,8        | 2         | 6,9         | 0         | 0,0        | 29         | 100,0        |                          |
| <b>Total</b>                 | <b>173</b> | <b>68,1</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>21</b> | <b>8,3</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                          |

| <b>Histórico da obesidade</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            | p <sup>(2)</sup> = 0,626 |
|-------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------------------|
| Início na infância            | 59         | 71,1        | 9         | 10,8        | 10        | 12,0        | 5         | 6,0        | 83         | 100,0                    |
| Início na Adolescência        | 33         | 67,3        | 5         | 10,2        | 6         | 12,2        | 5         | 10,2       | 49         | 100,0                    |
| Início na vida adulta         | 41         | 68,3        | 7         | 11,7        | 6         | 10,0        | 6         | 10,0       | 60         | 100,0                    |
| Ambas                         | -          | -           | -         | -           | -         | -           | 1         | 100,0      | 1          | 100,0                    |
| <b>Total</b>                  | <b>133</b> | <b>68,9</b> | <b>21</b> | <b>10,9</b> | <b>22</b> | <b>11,4</b> | <b>17</b> | <b>8,8</b> | <b>193</b> | <b>100,0</b>             |

| <b>Filhos</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            | p <sup>(1)</sup> = 0,048* |
|---------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|---------------------------|
| Sim           | 129        | 70,9        | 22        | 12,1        | 15        | 8,2         | 16        | 8,8        | 182        | 100,0                     |
| Não           | 44         | 61,1        | 8         | 11,1        | 15        | 20,8        | 5         | 6,9        | 72         | 100,0                     |
| <b>Total</b>  | <b>173</b> | <b>68,1</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>21</b> | <b>8,3</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b>              |

| <b>Fez tratamento psicológico recentemente?</b> |            |             |           |             |           |             |           |            |            | p <sup>(1)</sup> = 0,846 |
|---|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|--------------------------|
| Sim   | 29         | 63,0        | 6         | 13,0        | 6         | 13,0        | 5         | 10,9       | 46         | 100,0                    |
| Não   | 144        | 69,2        | 24        | 11,5        | 24        | 11,5        | 16        | 7,7        | 208        | 100,0                    |
| <b>Total</b>                                    | <b>173</b> | <b>68,1</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>30</b> | <b>11,8</b> | <b>21</b> | <b>8,3</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b>             |

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Através do teste Exato de Fisher.

No estudo da ideação suicida com as variáveis sócio-demográficas (Tabela 5) foi verificado que a realização de tratamento psicológico em data recente da pesquisa foi única variável com associação significativa com a ideação suicida ( $p < 0,05$ ) e para variável com associação significativa se destaca que: o percentual que apresentou ideação suicida foi mais elevado entre os participantes que já haviam realizado tratamento psicológico do que os que não realizaram (15,2% x 4,3%, OR igual a 3,97 e intervalo para o referido parâmetro que exclui o valor 1,00).

**Tabela 5 – Avaliação da escala da ideação de suicida segundo as variáveis sócio-demográficas**

| Variável | Ideação de suicida |   |     |   | Grupo Total |   | OR | Valor de p |
|----------|--------------------|---|-----|---|-------------|---|----|------------|
|          | Sim                |   | Não |   |             |   |    |            |
|          | N                  | % | n   | % | n           | % |    |            |

|                                 |           |            |            |             |            |              |                     |
|---------------------------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|--------------|---------------------|
| <b>Sexo</b>                     |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 1,000$   |
| Masculino                       | 3         | 6,7        | 42         | 93,3        | 45         | 100,0        | 1,08 (0,29 a 3,95)  |
| Feminino                        | 13        | 6,2        | 196        | 93,8        | 209        | 100,0        | 1,00                |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>6,3</b> | <b>238</b> | <b>93,7</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Faixa etária (em anos)</b>   |           |            |            |             |            |              | $p^{(2)} = 0,572$   |
| 18 a 35                         | 8         | 8,6        | 85         | 91,4        | 93         | 100,0        | 1,84 (0,53 a 6,33)  |
| 36 a 45                         | 4         | 5,6        | 67         | 94,4        | 71         | 100,0        | 1,16 (0,28 a 4,83)  |
| 46 ou mais                      | 4         | 4,9        | 78         | 95,1        | 82         | 100,0        | 1,00                |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>6,5</b> | <b>230</b> | <b>93,5</b> | <b>246</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Estado civil</b>             |           |            |            |             |            |              | $p^{(2)} = 0,156$   |
| Solteiro(a)/Divorciado(a)       | 3         | 3,0        | 98         | 97,0        | 101        | 100,0        | 1,00                |
| Casado(a)/União estável         | 8         | 7,3        | 101        | 92,7        | 109        | 100,0        | 2,54 (0,65 a 9,84)  |
| <b>Total</b>                    | <b>11</b> | <b>5,2</b> | <b>199</b> | <b>94,8</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Assistência à saúde:</b>     |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,514$   |
| Privada                         | 1         | 7,7        | 12         | 92,3        | 13         | 100,0        | 1,59 (0,18 a 13,20) |
| SUS                             | 10        | 5,1        | 187        | 94,9        | 197        | 100,0        | 1,00                |
| <b>Total</b>                    | <b>11</b> | <b>5,2</b> | <b>199</b> | <b>94,8</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Município de origem:</b>     |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 1,000$   |
| RMR                             | 6         | 5,3        | 108        | 94,7        | 114        | 100,0        | **                  |
| Sertão de PE                    | 5         | 5,9        | 80         | 94,1        | 85         | 100,0        | **                  |
| Outros municípios PE            | -         | -          | 11         | 100,0       | 11         | 100,0        | **                  |
| <b>Total</b>                    | <b>11</b> | <b>5,2</b> | <b>199</b> | <b>94,8</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Renda (salários mínimos)</b> |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,542$   |
| Menos de um                     | 4         | 6,7        | 56         | 93,3        | 60         | 100,0        | **                  |
| Entre 1 e 3                     | 7         | 5,6        | 118        | 94,4        | 125        | 100,0        | **                  |
| Mais de 3 a 10                  | -         | -          | 25         | 100,0       | 25         | 100,0        | **                  |
| <b>Total</b>                    | <b>11</b> | <b>5,2</b> | <b>199</b> | <b>94,8</b> | <b>210</b> | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Escolaridade</b>             |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,857$   |
| Analfabeto/ fundamental inc.    | 2         | 7,1        | 26         | 92,9        | 28         | 100,0        | 2,15 (0,18 a 25,19) |
| Fundamental                     | 5         | 7,8        | 59         | 92,2        | 64         | 100,0        | 2,37 (0,26 a 21,28) |
| Médio                           | 8         | 6,0        | 125        | 94,0        | 133        | 100,0        | 1,79 (0,21 a 14,91) |
| Superior                        | 1         | 3,4        | 28         | 96,6        | 29         | 100,0        | 1,00                |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>6,3</b> | <b>238</b> | <b>93,7</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                     |

| <b>Histórico da obesidade</b> |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,447$ |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|--------------|-------------------|
| Início na infância            | 3         | 3,6        | 80         | 96,4        | 83         | 100,0        | **                |
| Início na Adolescência        | 2         | 4,1        | 47         | 95,9        | 49         | 100,0        | **                |
| Início na vida adulta         | 5         | 8,3        | 55         | 91,7        | 60         | 100,0        | **                |
| Ambas                         | -         | -          | 1          | 100,0       | 1          | 100,0        | **                |
| <b>Total</b>                  | <b>10</b> | <b>5,2</b> | <b>183</b> | <b>94,8</b> | <b>193</b> | <b>100,0</b> |                   |

| <b>Filhos</b> |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,779$  |
|---------------|-----------|------------|------------|-------------|------------|--------------|--------------------|
| Sim           | 11        | 6,0        | 171        | 94,0        | 182        | 100,0        | 1,00               |
| Não           | 5         | 6,9        | 67         | 93,1        | 72         | 100,0        | 1,16 (0,39 a 3,47) |
| <b>Total</b>  | <b>16</b> | <b>6,3</b> | <b>238</b> | <b>93,7</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                    |

| <b>Fez tratamento psicológico recentemente?</b> |           |            |            |             |            |              | $p^{(1)} = 0,013^*$ |
|---|-----------|------------|------------|-------------|------------|--------------|---------------------|
| Sim   | 7         | 15,2       | 39         | 84,8        | 46         | 100,0        | 3,97 (1,36 a 11,29) |
| Não   | 9         | 4,3        | 199        | 95,7        | 208        | 100,0        | 1,00                |
| <b>Total</b>                                    | <b>16</b> | <b>6,3</b> | <b>238</b> | <b>93,7</b> | <b>254</b> | <b>100,0</b> |                     |

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(\*\*) Não foi determinado devido a presença de frequência nula

(1) Através do teste Exato de Fisher

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 6, mostra a associação significativa entre compulsão alimentar com ideação suicida, e sintomas de depressão onde foi possível verificar associação significativa da compulsão com ideação suicida e com depressão. Para as variáveis com associação significativa se evidencia que o percentual com ideação suicida foi mais elevado entre os que apresentavam compulsão alimentar grave (11,2%) e menos elevado (2,0%) entre os de compulsão alimentar média; o percentual sem risco de depressão foi menos elevado entre os que possuíam compulsão alimentar grave (51,4%) e variou de 76,9% a 81,0% entre os sem compulsão ou com compulsão média, o percentual com depressão moderada foi menos elevado nos que apresentaram compulsão alimentar média (4,1%) e variou de 15,4% a 19,6% nas outras duas categorias da compulsão alimentar e o percentual com depressão grave foi mais elevado entre os que tinham compulsão alimentar grave (14,0%) e variou de 0,0% a 5,0% nas outras duas categorias da compulsão alimentar.

**Tabela 6 – Avaliação da escala da compulsão alimentar segundo as escalas de depressão de Beck e escala de Ideação suicida de Beck**

| Variável                  | Escala compulsão alimentar |             |            |             |            |             | Grupo Total |              | Valor de p          |
|---------------------------|----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|
|                           | Sem                        |             | Média      |             | Grave      |             |             |              |                     |
|                           | N                          | %           | n          | %           | n          | %           | N           | %            |                     |
| <b>Total</b>              | <b>26</b>                  | <b>10,2</b> | <b>121</b> | <b>47,6</b> | <b>107</b> | <b>42,1</b> | <b>254</b>  | <b>100,0</b> |                     |
| <b>Ideação de suicida</b> |                            |             |            |             |            |             |             |              | $p^{(1)} = 0,012^*$ |
| Sim                       | 2                          | 7,7         | 2          | 2,0         | 12         | 11,2        | 16          | 6,3          |                     |
| Não                       | 24                         | 92,3        | 119        | 98,0        | 95         | 88,8        | 238         | 93,7         |                     |
| <b>Depressão</b>          |                            |             |            |             |            |             |             |              | $p^{(2)} < 0,001^*$ |
| Sem risco de depressão    | 20                         | 76,9        | 98         | 81,0        | 55         | 51,4        | 173         | 68,1         |                     |
| Depressão leve            | 2                          | 7,7         | 12         | 9,9         | 16         | 15,0        | 30          | 11,8         |                     |
| Depressão moderado        | 4                          | 15,4        | 5          | 4,1         | 21         | 19,6        | 30          | 11,8         |                     |
| Depressão grave           | -                          | -           | 6          | 5,0         | 15         | 14,0        | 21          | 8,3          |                     |

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Através do teste Exato de Fisher

## 7 DISCUSSÃO

A obesidade é acarretada por diversos fatores, mas um dos aspectos que explica o aumento do excesso de peso é a mudança do padrão alimentar (SOUZA et al., 2018). Na realização desse estudo, foi de grande importância avaliar os aspectos e ocorrência de compulsão alimentar e transtornos psiquiátricos como a depressão e a ideação suicida, uma vez que são um grupo de risco por se manterem fragilizados com a figura que o “ser obeso” trás para esses indivíduos e sociedade. Não só relacionado ao aspecto físico, mas é comprovado por diversos estudos que a obesidade trás consigo variadas complicações psíquicas e sociais (RIBEIRO et al., 2016; WHO, 2015; PETRIBU et al., 2006).

O acompanhamento da prevalência de obesidade no Brasil é necessário para se entender os padrões de risco e os fatores associados nas porções populacionais mais vulneráveis, para desenvolver políticas públicas de prevenção da obesidade desde a infância e para a promoção de hábitos saudáveis na sociedade brasileira (FERREIRA et al., 2019)

A Organização Pan Americana de Saúde (2014) afirmou que 65% da população mundial vivem em países no qual o excesso de peso acomete mais indivíduos do que o baixo peso, o que ressalta cada vez mais a importância da realização de estudos sobre o tema.

A partir dos resultados obtidos nesse estudo, observou-se a prevalência do sexo feminino na população estudada, totalizando 82,3% da amostra. Diante das literaturas encontradas sobre a temática, é comum que a maioria dos indivíduos do sexo feminino procurem com maior frequência os serviços de saúde. Um estudo realizado por Ferreira et al (2019) evidenciou que mais da metade dos participantes que tinham excesso de peso eram do sexo feminino com 58,9%, e a obesidade foi de 16,8% entre os homens e 24,4% entre as mulheres (WHO, 2015). Quando confrontado por sexo, tanto a prevalência de excesso de peso como a de obesidade foram superiores no sexo feminino.

O estigma da obesidade tem causado grande sofrimento nas mulheres, na medida em que recai sobre elas o estereótipo de beleza socialmente construído e perpetuado na sociedade, existindo uma grande cobrança em alcançar um ideal de beleza corporal associado à magreza (RIBEIRO et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016).

Ao avaliar a prevalência de compulsão alimentar na população do estudo, constatou-se que 89,7% dos obesos possuíam algum tipo de compulsão, sendo 47,6% identificados com compulsão alimentar média e 42,1% com compulsão alimentar grave. O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) ou Binge Eating Disorder é o transtorno mais observado na obesidade (MOREIRA; BATISTA, 2007).

Para avaliação da compulsão alimentar, foi utilizado a Escala de Compulsão Alimentar periódica que é uma das ferramentas utilizadas para o diagnóstico do transtorno da compulsão alimentar, que permite observar o comportamento alimentar de pacientes em circunstâncias distintas (FREITAS et al., 2001). A compulsão alimentar pode ocorrer em indivíduos com peso normal, mas é mais comum em indivíduos com sobrepeso ou obesos. A maioria tem uma longa história de repetidas tentativas de fazer dietas e sentem-se desesperados com sua dificuldade de controlar a ingestão de alimentos (WIETZIKOSKI et al., 2014).

No decorrer do estudo e analisando os dados sociodemográficos, destaco a evidência de que os pacientes que foram identificados com Compulsão alimentar grave tinham entre 18 a 35 anos (54,8%). De acordo com Ward (2017), a prevalência de excesso de peso no Brasil é de 7,2% em crianças menores de 5 anos; 34,8% em crianças de 5 a 9 anos; e de 25,5% em adolescentes de 12 a 17 anos. A projeção do impacto da obesidade na infância mostra que crianças com obesidade aos dois anos têm 75% de chances de estarem obesas aos 35 anos. Enquanto os adolescentes com obesidade aos 19 anos têm 89% de chances de continuarem obesos aos 35 anos, nesse contexto, podendo ser relacionado com a presença ou não de compulsão alimentar na infância.

Nas últimas décadas, as pressões sociais por um corpo esbelto têm se intensificado e as pessoas com sobrepeso são comumente avaliadas de forma depreciativa, sendo alvo de preconceito e discriminação nos locais de trabalho, relacionamentos sociais, assim como pelos profissionais de saúde, devido à sua aparência física (PETRIBU et al., 2006).

Um estudo realizado por Petribu et al (2006) observou que os obesos portadores de Compulsão alimentar tiveram maior número de tratamentos para emagrecer e apresentam mais depressão que os não-compulsivos.

Esta pesquisa mostra que a presença de depressão grave foi mais prevalente nos indivíduos que foram identificados com compulsão alimentar grave (14%). Segundo a OPAS (2018), a depressão é caracterizada por tristeza, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perda de interesse ou prazer, sono e apetite alterados, falta de concentração e cansaço. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente.

Além disso, de acordo com Ferreira et al (2019), quanto ao diagnóstico de depressão, foi encontrada associação estatisticamente significativa com a obesidade, com uma chance 1,42 vezes maior de um homem com depressão também apresentar obesidade e 1,25 vezes maior entre as mulheres.

Um estudo realizado por Wannmacher (2015) que considerou as relações bidirecionais entre depressão e obesidade (IMC) e que foram investigadas mediante questionários aplicados

a participantes de uma coorte em 10 anos e 20 anos, por meio dos quais se calculou o IMC e se obteve as respostas a inventário de depressão, constatou os níveis elevados de sintomas depressivos relacionados ao ganho de peso em homens, nas mulheres, as mudanças entre sintomas depressivos e obesidade ocorreram simultaneamente.

A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, impedindo substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou na escola, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (OPAS, 2018).

Os indícios de ideação suicida, encontrados nessa pesquisa foi de 6,3% da população, destes 11,2% obteve maior prevalência nos obesos que apresentaram compulsão alimentar grave, apresentando associação significativa ao nível de 5%.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, anualmente, aproximadamente um milhão de pessoas cometem suicídio e acredita-se que esse número suba para um milhão e quinhentos mil (OMS, 2013). Segundo Figel, Menegatti e Pinheiro (2013) esse valor traduz cerca de 15% das mortes que acontecem mundialmente. Estima-se que para cada suicídio ocorrido haja cerca de 20 tentativas (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016).

Diante desses valores, é da maior importância que se realizem estudos que permitam um conhecimento mais aprofundado sobre as variáveis que podem influenciar os comportamentos suicidas, de forma a tornar possível a intervenção preventiva em múltiplos contextos (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016).

O percentual dos pacientes que apresentaram ideação suicida foi mais elevado entre os participantes que estavam realizando acompanhamento psicológico recentemente (15,2%). Estes achados podem estar relacionados pelo fato do acompanhamento psicológico ser um dos critérios indispensáveis para a realização da cirurgia bariátrica no serviço, além de ser protocolo pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), o suicídio destaca-se entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, sendo estimado que aproximadamente 10 a 20 milhões de pessoas o contemplem pelo menos uma vez na vida. Além disso, ao longo dos últimos 50 anos constatou-se um aumento de 60% no número de suicídios no mundo, representando a terceira causa de morte em jovens entre 15 e 35 anos de idade (GONÇALVES; FREITAS; SEQUEIRA, 2011).

Outro indicador consistente referente à epidemiologia do comportamento suicida é a diferença de gêneros, pois os indícios de suicídio masculino excedem o feminino em todo o mundo. No entanto, a maior porcentagem de tentativas está entre as mulheres (CASH;

BRIDGE, 2009; EATON et al., 2008; VAN ORDEN et al., 2010). Quanto às práticas utilizadas, os homens tendem a recorrer a métodos mais violentos(VASCONCELOS-RAPOSO et al, 2016).

O sexo feminino apresentou maiores prevalências de pensamentos e comportamentos suicidas comparado ao sexo masculino. Independentemente do sexo, idade, IMC e maturação sexual, os indivíduos insatisfeitos com a imagem corporal (pelo excesso de peso em sua maioria) estiveram mais suscetíveis à ideação e ao planejamento do suicídio comparados a população satisfeita (CLAUMANN et al., 2018)

Por conseguinte, este estudo certificou uma associação significativa para a compulsão alimentar, a depressão e a ideação suicida, no qual, os indivíduos com compulsão alimentar e depressão graves obtiveram maiores indícios de ideação suicida. Um estudo mostra que os fatores clínicos também assumem variáveis importantes no que diz respeito à análise do comportamento suicida. Dentro dos diversos quadros clínicos destacam-se a ansiedade e a depressão, quer seja de forma independente ou em comorbidade. (VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2016). Além disso, estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio tenham tido alguma perturbação de foro mental e que, na tentativa, 60% estavam deprimidos (OMS, 2006).

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas neste estudo, a busca por pacientes nestas condições foi de extrema importância para se buscar uma alternativa de tratamento e/ou intervenção para esta população. A busca incessante pelo corpo perfeito e melhora da autoestima, muitas vezes vai além do corpo físico, configura o psíquico, a cultura e os meios sociais e familiares. Observou-se uma grande escassez de estudos que englobam estas condições de saúde, o que configura a necessidade de um maior enfoque e novas pesquisas sobre esta temática.

## 8 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que há uma associação entre a compulsão alimentar, a depressão e a ideação suicida, o que corrobora com o que foi encontrado nas literaturas.

A significância estatística foi observada na correlação da compulsão e depressão graves, além da associação de ambos com a ideação suicida, o que demonstra que a gravidade destes transtornos acarreta em uma pior condição de saúde e a evidência de maiores riscos para o suicídio.

A população identificada com ideação suicida, em sua maioria estavam sob acompanhamento psicológico, uma vez que o mesmo é obrigatório para a realização do procedimento cirúrgico, assim a busca pelo tratamento psicológico muitas vezes não está relacionado com a necessidade que o indivíduo possui de realizar uma intervenção para sua condição de saúde, mas está mascarado pelo intuito de obter o tão sonhado “corpo magro”, tão explícito pela sociedade.

Com relação as variáveis sociodemográficas, a população evidenciada com Compulsão grave tinham faixa etária entre 18 a 35 anos (54,8%), compreendendo que a população jovem é a mais afetada pelos casos graves deste transtorno.

Os resultados encontrados neste estudo, refletem para a necessidade de um olhar abrangente para esta população que apresenta-se fragilizada não apenas pela condição física, mas por todos os aspectos bio-psico-sociais que possuem.

No tratamento para obesidade que os mesmos tanto procuram no serviço onde foi realizado a pesquisa, estes indivíduos possuem todo apoio e tentativa de identificação precoce de quaisquer condições que possam prejudicar ou impor riscos a sua saúde, porém, muitas vezes os mesmos tentam mascarar seus transtornos por medo de não conseguirem o tão almejado procedimento cirúrgico. Assim, ao responderem os questionários, os mesmos podem ter procurado as melhores respostas com o intuito de esconder o seu real estado emocional, podendo dessa forma ser muito maior o número de obesos com compulsão alimentar, depressão e/ou ideação suicida.

Por conseguinte, este estudo trouxe para atualidade uma temática de grande importância para a saúde e sociedade, visto que estes transtornos apresentam um crescimento contínuo e necessidade de intervenções precoces pelas políticas públicas e profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – Em Vigor a partir de 01/01/2015. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acessado em: 20 de junho de 2018.

AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. **Arch Dis Child**, August, v.90, n.8, p. 837-840, 2005.

ALMEIDA, G. A. et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n.3, p. 226-31, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-S**. Porto Alegre, ed. Artmed, 2014.

ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. Revista Práxis, ano III, n. 6, 2011.

BECK, A. T et al. Comparison of Beck depression Inventories – IA and II in Psychiatric outpatients. **Journal of Personality Assessment**, v. 67, n. 3, 1996.

BECK, A. T; STEER, R. A. Dufunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 23, n. 1, p. 11-20, 1993.

BJERKESED, O. et al. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. **Am J Epidemiol**, v. 167, n. 2, p. 193-202, 2008.

BJERKESET, O. et al. Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. **The British Journal of Psychiatry**, v. 192, n. 6, p. 474-475, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Vigitel 2014. **Obesidade atinge mais da metade da população brasileira**, aponta estudo. Portal Brasil, 2015.

CARVALHO, L. A.; et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de belo Horizonte/MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n.1, p. p. 195-205, 2013.

CARVALHO, L. A.; et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de belo Horizonte/MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n.1, p. p. 195-205, 2013.

CASH, S.; BRIDGE, J. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 21, n. 5, p. 613-619, 2009.

CLAUMANN, G. S et al. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **J Bras Psiquiatr**, v. 67, n. 1, p. 3-9, 2018.

COLLES, S. L; DIXON, J. B; O'BRIEN, P. E. Grazing and loss of control related to eating: too high-risk factors following bariatric surgery. **Obesity**, v. 16, p. 148-54, 2011.

DE ZWAAN, M.et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. **Surg Obes Relat Dis**, v. 6, p. 79-87, 2010.

DEVLIN, M. J; GOLDFEIN, J. A; DOBROW, I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. **Int Eat Disord**, v.34, 2003.

DIAS, P. C et al. Obesidade e Políticas públicas: Concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

EATON, D et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2007. **Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries**, v. 57, n. 5504, p. 1-131, 2008.

FERREIRA, A.P. S et al. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: Estudo com dados aferidos da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, 2019.

FIGEL; MENEGATTI; PINHEIRO. Tentativas de suicídio: uma análise de contigências. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 211-218, 2013.

FREITAS, S; LOPES, C. S; APPOLINARIO, W. C. J. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n.4, p. 215-220, 2001.

GANZ, D., BRAQUEHAIS, M. D., SHER, L. Secondary prevention of suicide. **PLOS Medicine**, v. 7, n. 6, p. 1-4, 2010.

GELINAS, B. L. et al. Problematic eating behaviors among bariatric surgical candidates: a psychometric investigation and fator analytic approach. **Eat Behav**, v. 16, p. 34-9, 2015.

GONÇALVES, A., FREITAS, P., SEQUEIRA, C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de proteção. **Millenium**, v. 40, 2011.

GORDON, P. C; KAIO, G. H; SALLET, P. C. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: Revisão. **Revista de psiquiatria Clínica [online]**, v. 38, n.4, p. 148-154, 2011.

GUEDES, D. P. Estudos de gorduras Corporais através da mensuração de valores da densidade corporal e da espessura de dobras cutâneas em Universitários. **Kinesis**, v. 1, n. 2, p. 183-212, 1985.

GUISADO, J.A.M; VAZ; F.J. L. Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. **Eating and weiting Disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity**. V. 8, n. 4, p. 315-138, 2003.

HUDSON, J. I et al. The prevalence and correlates of Eating disorders in the national comorbidity survey replication. **Biol Psychiatry**, v. 61, p. 438-358, 2007.

LIBERATTI, A et al. The PRISMA Statement for reporting systematic Reviews and meta-analyses of studies that Evaluate health care interventions: Explanations and Elaboration, **PLOS medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

MARINO, J.M. et al. The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with importante clinical implications. **Int J Eat Disord**, v. 45, p. 179-89, 2012.

MOREIRA, R. O.; BATISTA, A. P. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 130-131, jan. 2007.

NOVELLE, J. M; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: Uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.65, n. 3, 2016.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros**. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, 2006

Organização Mundial da Saúde (OMS). **World suicide prevention day**, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório da Reunião Técnica Internacional de Avaliação Econômica em Saúde com Foco na Obesidade** (Brasília, 11 e 12 de junho 2018). Brasília : OPAS; 2018

PARANHOS, M. E, et al. Psychometric properties of the Beck depression inventory – II (BDI-II) in adolescents. **Avaliação Psicológica [online]**, v. 9, n. 3, p. 383-392, 2010.

PETRIBU, K et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do hospital universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE, **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n.5, São Paulo, 2006.

PIAZZA-GARDNER, A. K; BARRY, A. E. Appropriate terminology for the alcohol, eating and psysical activity relationship. **Journal of American College Health**, v. 61, 2013.

PINTO, J. G; GREGÓRIO, S. Facetas da Mindfulness: Características de um instrumento de avaliação. **Psicológica em Contexto Clínico**, v. 54, p. 259-280, 2011.

RIBEIRO G. A. A et al. Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 124–128, 2013.

RIBEIRO, G. A. A et al. Perfil Psicológico de Pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 29, p. 27-30, 2016.

ROSA, et al. Structure, biosynthesis, and physicochemical properties of Archaeobacterial lipids. **Microbiology Reviews**, v. 50, n. 1, p. 70-80, 1986.

SALLET P. C et al. Eating behavior as a prognostic fator for weiting loss after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v. 17, p. 445, 2007.

SILVA, E. G.; et al. O cuidado de enfermagem à pessoa que se submete à cirurgia para redução de peso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 886-896, 2013.

SILVA, R. S. **Reganho de peso após dois anos ou mais de pós-operatório de Bypass gástrico em Y-de-Roux**: análise de 316 pacientes. 2011. 100f. Dissertação (mestrado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SILVA, R.M; et al. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 807-815, 2018.

SIMON, G. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the us adult population. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 824-30, 2006.

SOUZA, S. A; et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de Regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.

VAN ORDEN, K et al. The interpersonal theory of suicide. **Psychological Review**, v. 117, n. 2, p. 575-600, 2010.

VASCONCELOS-RAPOSO, J et al. **Níveis de ideação suicida em jovens adultos**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 33, n. 2, p. 345-354, 2016.

WANNMACHER, L. **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade**: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasil, 2015.

WARD, R. M; GALANTE, M. Development and initial validation of the Drunkorexia motive and behaviors scale. **Eating Behaviors**, v. 18, p. 66-70, 2015.

WARD Z.J. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. **N Engl J Med**, v. 377, n. 22, p. 2145-2153, 2017.

WHO, World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/ FAO expert consultation**. Genebra: World Health Organization; 2006.

\_\_\_\_\_, World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Genebra: World Health Organization; 2015.

\_\_\_\_\_, World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

WIETZIKOSKI, E. C et al. Prevalência de Compulsão Alimentar Periódica em indivíduos do sudoeste de Pará. **Arq Ciên. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 173-179, 2014.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

### INTRODUÇÃO

O transtorno de compulsão alimentar (TCA) foi descrito inicialmente por Stunkard em 1959, porém, pode apresentar sintomas comuns a outros transtornos alimentares (TA) e estar presente em indivíduos obesos.

O TCA só foi caracterizado em 1994, na quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - IV), sendo descrito no Apêndice B - conjuntos de critérios e eixos para estudos posteriores. Em 2014, por meio da atualização e publicação da quinta edição do DSM, o transtorno de compulsão alimentar foi incluído dentro dos transtornos alimentares (APA, 2014).

É caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, através da ingestão de quantidade de alimentos maior que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período, associada à sensação de falta de controle. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia ou anorexia nervosas (AMIANTO et al., 2015).

Normalmente o episódio compulsivo acontece em decorrência de algum fator determinante como afeto negativo, estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo, ao alimento e ao tédio (AZEVEDO, SANTOS, FONSECA, 2004).

Além disso, é uma psicopatologia que pode ter como consequência a obesidade precoce e com maior gravidade. Indivíduos com esses episódios interrompem prematuramente o tratamento pela incapacidade de controlar a ingestão alimentar (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000., MACHADO et al., 2008).

A maior parte dos pacientes com TCA iniciam mais cedo a preocupação com peso e dietas, além de apresentarem maior flutuação de peso (SPITZER et al., 1993). Bem como, os níveis de psicopatologia exibidos estão associados ao número de episódios de compulsão alimentar que experimentam e não ao seu grau de obesidade (AZEVEDO et al., 2004).

O diagnóstico e o rastreamento de TCA pode ser feito por instrumentos específicos, como questionários e entrevistas clínicas estruturadas, mesmo quando aplicados por um não especialista (CORDÁS; NEVES, 2000; MOYA, 2004).

Cada tipo de instrumento tem diferentes objetivos, pontos fortes e fracos e a estratégia adotada para investigar esses transtornos, incluindo a escolha do instrumento, deve ser orientada pelo objetivo da investigação em questão (GARNER, 2002).

Sendo assim, o objetivo desse estudo é avaliar, através de uma revisão sistemática, quais os principais instrumentos utilizados em pesquisas para avaliação da compulsão alimentar.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, no intuito de sumarizar os resultados de estudos publicados sobre a temática, buscando o desenvolvimento do conhecimento científico e a avaliação profissional baseada em evidências (FREIRE et al., 2014). A pergunta norteadora foi elaborada após as estratégias de busca (População, Intervenção, Comparação, Desfecho e tipo de estudo (PICOS)). Para o percurso metodológico, foi utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (LIBERATTI et al., 2009; AKOBENG, 2005).

As bases pesquisadas foram: Scielo, Pubmed e PsycINFO, usando os descritores indexados no Mesh Terms e seus cruzamentos “Transtorno de Compulsão alimentar” (Termo Livre), “Compulsão alimentar”, “binge eating”, “binge eating disorder”.

Realizaram-se ajustes na estratégia de busca de acordo com cada especificidade das bases de dados, mantendo adequada à pergunta norteadora e aos critérios de inclusão do estudo. Não foi utilizado limitador de tempo e nem de idioma, bem como pesquisa de literatura cinzenta.

Para análise dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos de dados primários, que abordassem a avaliação da compulsão alimentar por instrumentos, estudos transversais e longitudinais, independente das variáveis sociodemográficas. Foram excluídos artigos apresentados em congressos, estudos de casos, revisões e estudos com animais.

## RESULTADOS

No procedimento de busca dos artigos, foram identificados 582 artigos potencialmente elegíveis (Scielo: 277; PsycINFO: 302 e Pubmed: 03 artigos). Durante a primeira análise dos artigos com apreciação dos títulos e resumos, 562 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Na segunda análise, os 20 artigos selecionados foram avaliados integralmente. Ao analisá-los, 08 artigos foram excluídos porque não avaliaram o transtorno de

compulsão alimentar por instrumentos e sim, estudaram outros aspectos da população já diagnosticada. Após realizar a inclusão e exclusão dos artigos, restaram 12 artigos para a confecção da revisão.

Na figura 1 estão apresentadas as informações dos artigos incluídos nesta revisão.

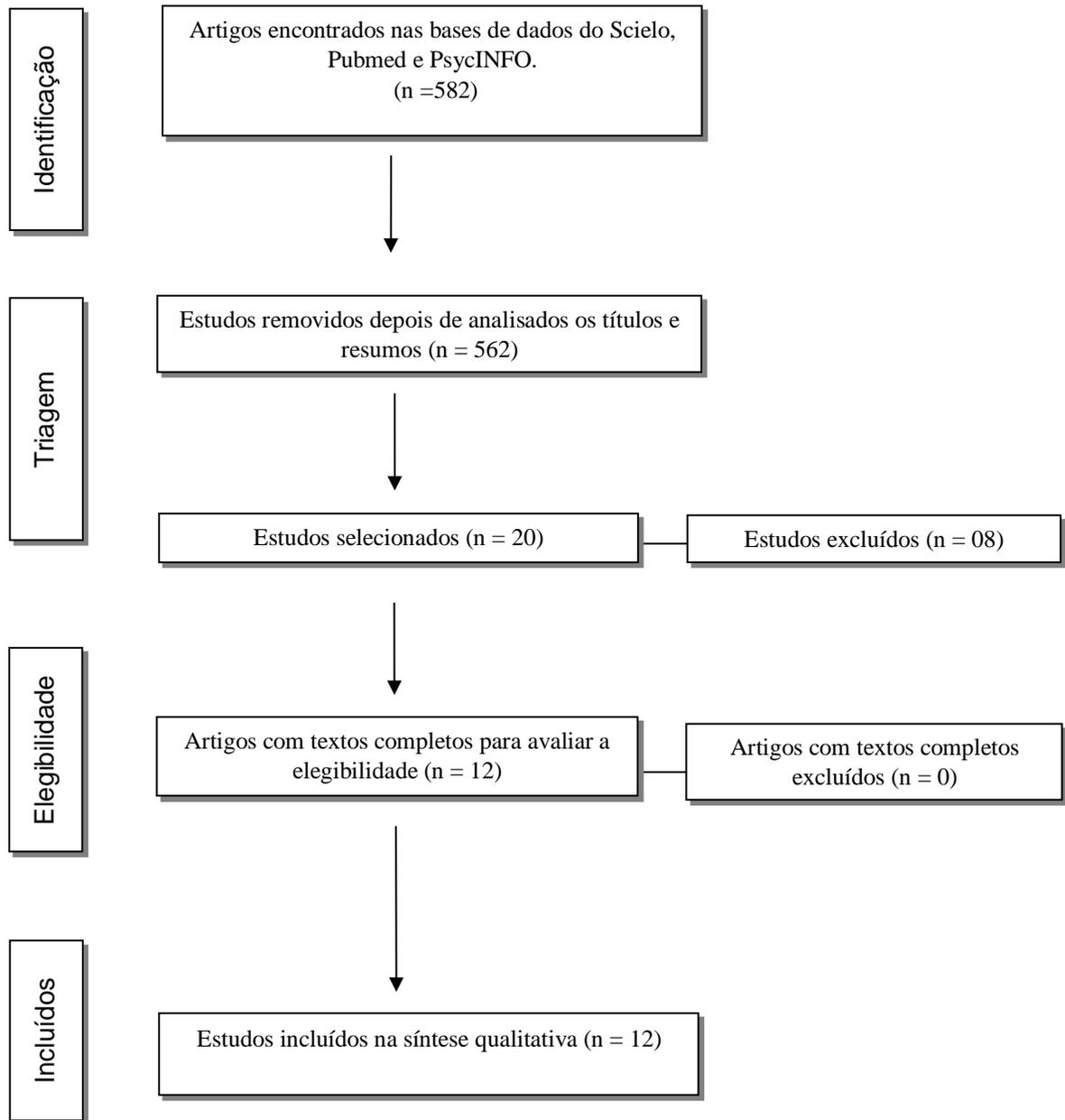


Figura 1 Fluxograma do processo de seleção dos artigos

Os estudos selecionados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos incluídos na amostra e recuperados pelas bases a seguir:

| <b>Autor/ Ano/</b>                 | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Amostra</b>  | <b>Instrumentos</b>   | <b>Análise dos dados</b>   |
|------------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| <b>Albergaria et al., 2017</b>     | Estudo transversal       | Amostra de conveniência com 187 participante obesos       | A escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982) e Questionário Holandês de comportamento alimentar (Strien et al., 1986)                | A compulsão alimentar teve relação com a compulsão alimentar. Além disso, o estudo evidenciou também que a alimentação externa e a compulsão alimentar se associam, de modo que quanto mais grave a compulsão, maior a probabilidade de a alimentação do indivíduo ser fora de sua residência. |
| <b>Bolognese et al., 2018</b>      | Estudo transversal       | 174 adolescentes com excesso de peso                      | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982); Avaliação antropométrica e avaliação de composição corporal.                             | 34,3% da amostra possuíam Compulsão alimentar. A prevalência de TCA na amostra foi de 29,3% com grau moderado e 5% com grau grave. O transtorno foi mais presente no sexo feminino, com 44,1%.   |
| <b>Costa; Pinto, 2015</b>          | Estudo transversal       | 96 adultos obesos de ambos os sexos                       | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982) e questionário de avaliação de qualidade de vida (CICONELLI, 1999)                        | 80,2% da amostra eram mulheres. 44,2% da população possuía TCA.  |
| <b>Klobukoski; Höfelmann, 2017</b> | Estudo transversal       | 360 adultos obesos.                                       | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982) e questionário sociodemográfico   | 85,8% da amostra eram do sexo feminino. A compulsão alimentar foi identificada em 41,6%.   |
| <b>Machado et al., 2008</b>        | Estudo prospectivo       | 50 participantes adultos submetidos à cirurgia bariátrica | Entrevista Semi estruturada e Teste das pirâmides coloridas de Max Pfister  | 66,7% da população mantiveram o risco de compulsão alimentar após a cirurgia bariátrica.   |
| <b>Matos et al., 2002</b>          | Estudo transversal       | 50 adultos obesos   | Questionário sobre Padrões de consumo e Peso Revisto (QWEP-R) (SPITZER et al., 1992), Inventário de depressão de Beck e o questionário de forma corporal. | 80% da amostra foi composta por mulheres. 36% foram identificados com compulsão, além de uma alta frequência de sintomas depressivos graves.   |

| <b>Autor/ Ano/ Local/Jornal/ Fator de Impacto</b> | <b>Desenho do estudo</b> | <b>Amostra</b>           | <b>Instrumentos</b>  | <b>Análise dos dados</b>  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <b>Melo; Peixoto; Silveira, 2015</b>              | Estudo Transversal       | 94 adultos obesos        | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982) e questionário sociodemográfico  | 53,2% da amostra foram identificados com CA. Sendo a prevalência de pessoas super obesas com 75%.   |
| <b>Petribu et al., 2006</b>                       | Estudo transversal       | 67 participantes obesos  | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982), questionário sociodemográfico e escala de qualidade de vida.                        | O estudo possuiu 2 grupos com TCA e sem TCA. O grupo de pacientes com TCAP (42,1%) apresentaram depressão no momento da avaliação. 56,7% dos entrevistados foram identificados com TCAP, sendo 25,4% TCAP moderado e 31,1% grave. |
| <b>Pivetta; Gonçalves-Silva, 2010</b>             | Estudo transversal       | 1209 adolescentes obesos | Questionário dos Padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR) (SPITZER et al., 1992)   | 55,4% da amostra eram do sexo feminino. A prevalência de compulsão alimentar foi de 24,6%, destes 31% eram do sexo feminino.  |
| <b>Ribeiro et al., 2018</b>                       | Estudo transversal       | 128 pacientes obesos     | Entrevista semiestruturada, Escala de compulsão alimentar (GORMALLY et al., 1982), inventário de depressão de Beck, inventário de ansiedade de Beck. | 83% da amostra eram do sexo feminino. Após a realização da cirurgia bariátrica, os pacientes compulsivos obtiveram maiores índices de pressão e ansiedade (32%).  |
| <b>Vitolo; Bortolini; Horta, 2006</b>             | Estudo transversal       | 578 participantes obesos | Escala de compulsão alimentar periódica (GORMALLY et al., 1982)  | 18,1% da população apresentaram TCA. Dos indivíduos que apresentaram TCA, 54,5% tinham excesso de peso e obesidade.   |
| <b>Tramontt; Schneider, 2014</b>                  | Estudo transversal       | 103 pacientes obesos     | Questionário de alimentação e peso revisado (QEWPR) (SPITZER et al., 1992) e questionário específico sobre exercício físico                          | A prevalência de TCA em indivíduos praticantes de exercício físico foi de 0,97%, não foram encontradas associações entre compulsão alimentar e maior frequência de exercício físico.  |

## DISCUSSÃO

Foram analisados estudos que utilizaram instrumentos de avaliação para o Transtorno da Compulsão Alimentar. De acordo com os achados, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ALBERGARIA et al., 2017; BOLOGNOSE et al., 2018; COSTA; PINTO, 2015; KLOBUKOSKI; HOFELMANN, 2017; MELO; PEIXOTO; SILVEIRA, 2015; PETRIBU et al., 2006; RIBEIRO et al., 2018; VITOLO; BORTOLINI, 2006), e o Questionário sobre Padrões de Consumo e Peso Revisado QEWPR (MATOS et al., 2002; PIVETTA; GONÇALVES-SILVA, 2010; TRAMONTT; SHNEIDER, 2014) foram os mais frequentes.

O ECAP foi criado por Gormally, Preto, Daston e Rardin (1982), adaptado para Português por Tapadinhas e Pais-Ribeiro (2012), descreve, sentimentos, comportamentos e cognições associadas a compulsão alimentar, além de classificar a gravidade desse comportamento. Esta escala é constituída por 16 itens e a escala de resposta varia da ausência ao nível máximo da compulsão alimentar. O escore final refere-se ao grau de severidade dessa compulsão, obtido pela soma dos pontos de cada item. Dessa forma, os participantes com escores menores ou iguais a 17 não têm compulsão alimentar, os participantes com escores entre 18 e 26 anos têm compulsão alimentar moderada e escores iguais ou maiores que 27 têm grau grave dessa condição clínica. Com sua aplicação, é possível buscar o rastreamento da compulsão alimentar, avaliar a evolução do tratamento e auxiliar no planejamento de estratégias terapêuticas mais adequadas a esses pacientes (ALBERGARIA et al., 2017).

Outro instrumento muito utilizado pelos estudos foi o Questionário dos Padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR). Esta escala foi criada para o diagnóstico do TCA e de quadros subclínicos de compulsão alimentar. Foi desenvolvido por Spitzer et al (1992). A versão brasileira foi validada por Borges et al (2005), este instrumento mostrou ser útil na detecção de prováveis casos de compulsão alimentar e está indicado para o rastreamento do TCAP na população geral, além de distinguir bulimia nervosa purgativa e bulimia nervosa não purgativa (NUNES et al., 2006; MORGAN; BORGES; JORGE, 1998; BORGES et al., 2005).

Escala de rastreamento são instrumentos que contém uma lista breve de perguntas que tanto podem ser auto aplicadas como ser aplicadas por entrevistadores leigos (ANDREOLI et al., 2000). Os principais métodos de avaliação sistemática do TCA são as entrevistas clínicas padronizadas, questionários autoaplicáveis, instrumentos de auto monitoração, instrumentos de observação comportamental direta e lista de checagem de sintomas (GARNER, 2002).

Estas escalas foram construídas com o objetivo de associar construtos qualitativos com unidades quantitativas de medida. A técnica de utilização das escalas consiste no preenchimento de uma lista de itens previamente definidos, com o objetivo de obter uma informação padronizada, diminuindo as diferenças de julgamento observadas habitualmente entre os examinadores. Cada sintoma é avaliado quanto à sua presença, intensidade e/ou frequência. O modo de registro é variável segundo o tipo de escala, podendo ser dicotômico, indicando se o sintoma descrito está presente ou ausente (*check-list*), ou contendo níveis de intensidade (*rating*) (SOUGEY, 1987). Os itens das escalas que contêm níveis de intensidade de sintomas são comumente chamados de itens de Likert (BECK et al., 1993).

Essas escalas também são divididas em dois grandes grupos: as preenchidas pelo avaliador e as preenchidas pelo próprio sujeito (SNAITH, 1981). As escalas de auto avaliação

pode ser de natureza discreta (categorial) ou analógica (contínua). Nas discretas, para cada sentença, os sujeitos devem optar por categorias intervalares ou não. Já nas analógicas, devem assinalar seu estado subjetivo em uma linha reta contínua (GUIMARÃES, 2000).

Questionários de auto aplicação têm uma grande importância na abordagem de sintomas alimentares. Apesar de não substituírem uma entrevista clínica diagnóstica, servem para avaliar a presença ou a gravidade dos sintomas alimentares. Como clinicamente estes transtornos são heterogêneos, consegue-se identificar os problemas que merecem maior atenção durante o tratamento. Outro aspecto importante está relacionado à possibilidade de mensuração do progresso dos pacientes, já que estes instrumentos podem ser aplicados várias vezes ao longo do tratamento.

Além disso, são fáceis de administrar (FREITAS et al., 2002), não envolvem calibração (PASSI et al., 2003), são eficientes, econômicos, consomem menos tempo na avaliação de um grande número de indivíduos e podem revelar um comportamento que, por ser considerado vergonhoso, poderia ser omitido numa entrevista face a face (FREITAS et al., 2002). Apresentam também a vantagem de não serem suscetíveis aos vieses adicionais resultantes da interação entrevistador/entrevistado podendo, inclusive, ser administrados de forma anônima (GARNER, 2002).

Alguns desses instrumentos podem medir a gravidade do TCA e, portanto, tem utilidade da avaliação de mudanças ao longo do tratamento, como a escala de Compulsão alimentar e o Questionário dos Padrões de alimentação e peso revisado (QEWPR). Estes instrumentos podem ser utilizados nos rastreamentos de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de TCA.

No entanto, estes instrumentos possuem a desvantagem de não avaliar com exatidão alguns conceitos mais complexos, por isso não são utilizados como avaliação diagnóstica, nem são um bom método de investigação em pacientes com TCA, que tendem a minimizar ou negar seus sintomas (GARNER, 2002; PASSI et al., 2003).

De acordo com as pesquisas realizadas, observou-se que a maioria da população com desenvolvimento de TCA era do sexo feminino. De acordo com Pivetta e Gonçalves-Silva (2010), as mulheres possuem maior predisposição ao TCA, provavelmente devido à busca pelo corpo perfeito de forma mais intensa, a partir do que é culturalmente apresentado.

A maioria dos estudos retratou que independentemente do número da amostra, os níveis de TCA nos participantes eram em torno de 30%. O que, de acordo com Costa & Pinto (2015), o resultado é esperado, uma vez que se trata de indivíduos com dificuldade de controlar sua ingestão calórica. Os autores também enfatizaram a importância da realização de mais estudos, principalmente longitudinais, para averiguar as causas e os fatores associados ao TCA, bem

como com o uso de instrumentos específicos para investigar comportamentos relacionados à saúde.

Ao avaliar os estudos, verificou-se que o TCA era avaliado com outros tipos de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, além da qualidade de vida (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; FREITAS et al., 2001; MACHADO et al., 2008). Isto se justifica pelo fato de que o indivíduo com TCA possui uma maior predisposição ao desenvolvimento de doenças psíquicas, além de distúrbios da autoimagem (AKOBENG, 2005; AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

A literatura ainda é escassa e restrita sobre o uso de instrumentos em TCA, o que evidencia a importância de novos estudos que busquem desvendar os diversos aspectos ligados à sua etiologia, epidemiologia e comorbidades, o que só é possível com o uso de escalas de avaliação adequadas.

## CONCLUSÃO

Observou-se a importância de desenvolvimento de novos estudos sobre o TCA para a realização de estratégias de enfrentamento, bem para uma avaliação profissional detalhada desse transtorno.

Além disso, é de extrema importância científica a associação do TCA com outros fatores, sendo eles sociodemográficos ou doenças psiquiátricas tão evidentes na atualidade como a depressão e a ansiedade.

Estes resultados fornecem informações indispensáveis para o tratamento e manejo dessa população, nesse contexto, destacam-se a necessidade de uma atenção clínica para identificação precoce e tratamento adequados para este grupo com extrema vulnerabilidade.

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (título completo da pesquisa), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Priscilla Vasconcelos Aguiar, endereço: Rua Osvaldo Guimarães, n. 349, Iputinga, CEP: 50670-330, cel: (81)998744677, email: [priscilla14@hotmail.com](mailto:priscilla14@hotmail.com) (inclusive ligações a cobrar),

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Flávia Maria Nassar de Vasconcelos – tel: (81) 998744677 e está sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Rosana Christine Cavalcanti Ximenes Telefone: (81) 9 9999 4033, e-mail [rosanaximenes@gmail.com](mailto:rosanaximenes@gmail.com). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa tem como objetivo geral: Determinar a frequência de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos; os objetivos específicos são, identificar a frequência de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos; Verificar uma associação entre as características sociodemográficas e a ocorrências de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida; Verificar associação entre compulsão alimentar com o risco de depressão e ideação suicida.

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

-Os participantes da pesquisa irão responder questionários que tem o objetivo de avaliar os dados sociodemográficos, perfil ou evidência de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida;

- O participante tem a **garantia de poder perguntar em qualquer momento** da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
  - Existe total liberdade para **retirar o consentimento e não permitir** sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ou prejuízo;
  - O participante não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo.
  - RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o participante possa vir a ter ao responder os questionários. Podendo o mesmo recusar-se a responder os questionários a qualquer momento.
  - BENEFÍCIOS: Caso algum participante apresente sinais de desenvolvimento de compulsão alimentar, depressão, ideação suicida ou distúrbios alcóolicos, será encaminhado com urgência ao serviço de psicologia do Hospital das Clínicas – UFPE.
- Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas e em arquivos de computador, sob a responsabilidade do pesquisador no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

**Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).**

---

Pesquisador Responsável

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

NOME

ASSINATURA

NOME

ASSINATURA

**APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

**ANEXO G – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto: COMPULSÃO ALIMENTAR, DEPRESSÃO E IDEIAÇÃO SUICIDA EM OBESOS.**

**Pesquisador responsável: PRISCILLA VASCONCELOS AGUIAR**

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador: DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIA DO COMPORTAMENTO**

**Telefone para contato: (81) 998744677**

**E-mail: priscilla14@hotmail.com**

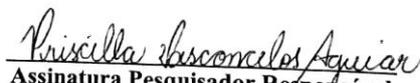
O(s) pesquisador (es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de prontuários, fichas, etc e/ou materiais biológicos) serão estudados;
- Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O(s) pesquisador (es) declara(m) que os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Rua Osvaldo Guimarães, n.349, apt 101, Bloco B2, Recife-PE, pelo período de no mínimo 5 anos.

O(s) Pesquisador(es) declara(m), ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 02 de Janeiro de 20 18.

  
**Assinatura Pesquisador Responsável**

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO DADOS BIODEMOGRÁFICOS (ABEP, 2015)

### Questionário Biodemográfico

Número \_\_\_\_\_

1. Qual a sua idade?

---

2. Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

( ) É o (a) filho (a) caçula    ( ) É o (a) mais velho (a)    ( ) É intermediário (do meio)

---

3. Até que série você estudou?

( ) Analfabeto (Nunca foi à escola)/ Fundamental incompleto (estudou até a 3ª série).

( ) Fundamental 1 completo (estudou até a 4ª série).

( ) Ensino fundamental 2 completo (estudou até a 8ª série).

( ) Nível médio completo.

( ) Ensino superior completo (faculdade).

---

4. Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_ pessoas

5. Quantos cômodos têm na sua casa? \_\_\_\_\_ cômodos.

6. Você fez psicoterapia com psicólogo nos últimos dois anos?

( ) Sim. Qual o nome do psicólogo e abordagem: \_\_\_\_\_

( ) Não

---

1. Você tem filhos?

Se sim, quantos:

---

8. Sobre a sua casa:

| Itens em sua casa    | Não tem | TEM (quantidade) |   |   |   |
|----------------------|---------|------------------|---|---|---|
|                      |         | 1                | 2 | 3 | 4 |
| Televisores em cores |         |                  |   |   |   |

|                        |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| Videocassete/ DVD      |  |  |  |  |  |
| Rádios                 |  |  |  |  |  |
| Banheiros              |  |  |  |  |  |
| Automóveis             |  |  |  |  |  |
| Empregadas mensalistas |  |  |  |  |  |
| Máquinas de lavar      |  |  |  |  |  |
| Geladeira              |  |  |  |  |  |
| Freezer (*)            |  |  |  |  |  |

## ANEXO B - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR – BES

### 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><b># 1</b></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><b># 2</b></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><b># 3</b></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><b># 4</b></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><b># 5</b></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><b># 6</b></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><b># 7</b></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><b># 8</b></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><b># 9</b></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><b># 10</b></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> |
|--|--|



## ANEXO C - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

|          |  |           |   |
|----------|--|-----------|---|
| <b>1</b> | <p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>   | <b>7</b>  | <p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>   |
| <b>2</b> | <p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p> | <b>8</b>  | <p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>               |
| <b>3</b> | <p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>     | <b>9</b>  | <p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>   |
| <b>4</b> | <p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>   | <b>10</b> | <p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>                                      |
| <b>5</b> | <p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>  | <b>11</b> | <p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p> |

|  |  |           |   |
|--|--|-----------|---|
| <b>6</b><br>0 Não acho que esteja sendo punido<br>1 Acho que posso ser punido<br>2 Creio que vou ser punido<br>3 Acho que estou sendo punido |  | <b>12</b> | 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas<br>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar<br>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas<br>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas |
|--|--|-----------|---|

|           |  |           |   |
|-----------|--|-----------|---|
| <b>13</b> | 0 Tomo decisões tão bem quanto antes<br>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava<br>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes<br>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões   | <b>18</b> | 0 O meu apetite não está pior do que o habitual<br>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser<br>2 Meu apetite é muito pior agora<br>3 Absolutamente não tenho mais apetite   |
| <b>14</b> | 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes<br>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo<br>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo<br>3 Acredito que pareço feio      | <b>19</b> | 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente<br>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio<br>2 Perdi mais do que 5 quilos<br>3 Perdi mais do que 7 quilos<br>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____  |
| <b>15</b> | 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes<br>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa<br>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa<br>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho   | <b>20</b> | 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual<br>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação<br>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa<br>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa |
| <b>16</b> | 0 Consigo dormir tão bem como o habitual<br>1 Não durmo tão bem como costumava<br>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir<br>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir | <b>21</b> | 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo<br>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava<br>2 Estou muito menos interessado por sexo agora<br>3 Perdi completamente o interesse por sexo   |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| <b>17</b> | 0 Não fico mais cansado do que o habitual<br>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava<br>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa<br>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa |  |  |
|-----------|--|--|--|

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

## ANEXO D – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK

### BSS

Nome \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º Processo \_\_\_\_/\_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

#### Parte 1

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1.</b> 0 Eu tenho um desejo moderado a forte de viver<br/>1 Eu tenho um desejo fraco de viver<br/>2 Eu não tenho qualquer desejo de viver</p> <p><b>2.</b> 0 Eu não tenho qualquer desejo de morrer<br/>1 Eu tenho um desejo fraco de morrer<br/>2 Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer</p> <p><b>3.</b> 0 As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer<br/>1 As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais<br/>2 As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver</p> | <p><b>4.</b> 0 Eu não tenho qualquer desejo de me matar<br/>1 Eu tenho um desejo fraco de me matar<br/>2 Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar</p> <p><b>5.</b> 0 Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida<br/>1 Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida<br/>2 Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida</p> <p><b>Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.</b></p> |
|---|--|

|   |
|---|
| <p><b>20.</b> 0 Eu nunca tentei o suicídio<br/>1 Eu tentei o suicídio uma vez<br/>2 Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes</p> <p><b>Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.</b></p> <p><b>21.</b> 0 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo<br/>1 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado<br/>2 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado</p> |
|---|

\_\_\_\_\_ SUBTOTAL PARTE 1

\_\_\_\_\_ SUBTOTAL PARTE 2

\_\_\_\_\_ PONTUAÇÃO TOTAL

**Parte 2**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>6.</b> 0 Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente</p> <p>1 Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado</p> <p>2 Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar</p> <p><b>7.</b> 0 Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar</p> <p>1 Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar</p> <p>2 Eu penso continuamente acerca de me matar</p> <p><b>8.</b> 0 Eu não aceito a ideia de me matar</p> <p>1 Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar</p> <p>2 Eu aceito a ideia de me matar</p> <p><b>9.</b> 0 Eu consigo conter-me de cometer suicídio</p> <p>1 Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio</p> <p>2 Eu não consigo conter-me de cometer suicídio</p> <p><b>10.</b> 0 Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.</p> <p>1 Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.</p> <p>2 Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.</p> <p><b>11.</b> 0 As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc.</p> <p>1 As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas</p> <p>2 As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas</p> <p><b>12.</b> 0 Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar</p> <p>1 Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes</p> <p>2 Eu tenho um plano específico para me matar</p> | <p><b>13.</b> 0 Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar</p> <p>1 O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método</p> <p>2 Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar</p> <p><b>14.</b> 0 Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio</p> <p>1 Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio</p> <p>2 Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio</p> <p><b>15.</b> 0 Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio</p> <p>1 Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio</p> <p>2 Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio</p> <p><b>16.</b> 0 Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio</p> <p>1 Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio</p> <p>2 Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio</p> <p><b>17.</b> 0 Eu não escrevi uma nota de suicídio</p> <p>1 Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei</p> <p>2 Eu completei uma nota de suicídio</p> <p><b>18.</b> 0 Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio</p> <p>1 Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio</p> <p>2 Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio</p> <p><b>19.</b> 0 Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas</p> <p>1 Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me</p> <p>2 Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio</p> |
|   | <p><b>Vá para o grupo 20.</b></p>   |

## ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES

**EBSERH**

## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Priscilla Vasconcelos Aguiar a desenvolver o seu projeto de pesquisa 'Compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos', que está sob a coordenação/orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Rosana Christine Cavalcanti Ximenes cujo objetivo é 'Determinar a frequência de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos'.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, Recife - PE, em 15 / 01 / 2018.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo Setor do HC onde a pesquisa será realizada

*Dr. Guido Corrêa de Araújo Jr.*  
Coordenador Alternato em Cirurgia Geral  
Serviço de Cirurgia Geral - HC UFPE  
CRM: 12051 - SIAPE: 2018/01

## ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE  
SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH

### CARTA DE ANUÊNCIA

### SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Priscilla Vasconcelos Aguiar a desenvolver o seu projeto de pesquisa 'Compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos', que está sob a coordenação/orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Rosana Christine Cavalcanti Ximenes cujo objetivo é 'Determinar a frequência de compulsão alimentar, depressão e ideação suicida em obesos'.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

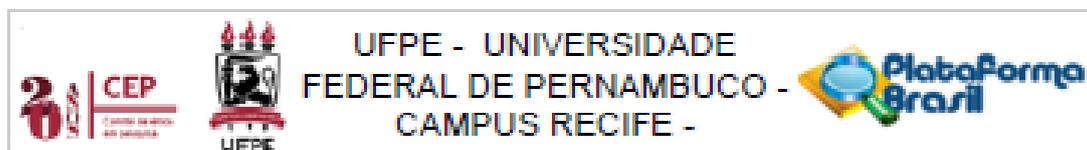
Local, Recife, em 08 / 02 / 2019.

*Kátia Cristina Oliveira*

Kátia Cristina de Oliveira  
Psicóloga  
CRP: 02/8200

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo Serviço de Psicologia do Ambulatório de  
Cirurgia Geral - HC/UFPE

## ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Compulsão alimentar, depressão e Ideação suicida em obesos

**Pesquisador:** Priscilla Vasconcelos Aguiar

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03925718.7.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.140.421

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do CCS/UFPE, da aluna Priscilla Vasconcelos Aguiar com orientação da Profª da UFPE Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Será um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa que irá avaliar obesos que procuram o serviço de cirurgia da obesidade do HC/UFPE. Será analisado a hipótese de que, pessoas obesas que apresentam compulsão alimentar, possuem maior probabilidade de apresentarem depressão e Ideação suicida.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:**

Determinar a frequência de compulsão alimentar, depressão e Ideação suicida em obesos

**Secundários:**

Identificar a frequência de compulsão alimentar, depressão e Ideação suicida em obesos.

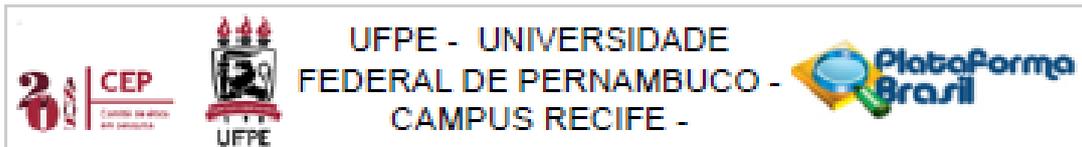
Verificar uma associação entre as características sociodemográficas e a ocorrências de compulsão alimentar, depressão e Ideação suicida.

Verificar associação entre compulsão alimentar com o risco de depressão e Ideação suicida.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências de Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-9588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.140.421

A pesquisa envolve risco mínimo, uma vez que a pesquisadora se comprometerá a seguir todos os critérios éticos do estudo. Será assinado de termo de confidencialidade, garantido o anonimato da população do estudo. A realização da pesquisa só terá início após a autorização da Instituição e do local de coleta dos dados, além da aprovação do comitê de ética e pesquisa.

**Benefícios:**

Essa pesquisa pode contribuir para levantar discussões e estratégias a respeito do cuidado de enfermagem ao paciente obeso, que é um grupo de pacientes bastante vulneráveis, apresentando maiores risco de desenvolver transtornos alimentares e/ou psicológicos. Como benefícios, espera-se que os resultados dessa pesquisa sirvam para subsidiar os gestores a uma melhor compreensão da temática, além do encaminhamento precoce de casos suspeitos ao serviço psicológico do Hospital das Clínicas, estimulando a implementação de medidas preventivas para essa temática. A pesquisadora se compromete a esclarecer quaisquer dúvidas acerca do tema, após o término da aplicação dos questionários do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será realizado no HC/UFPE, referência do Estado de Pernambuco em Cirurgia bariátrica, recebendo pacientes em alto grau de obesidade. O programa de cirurgia bariátrica do Hospital das Clínicas UPE, iniciou suas atividades em 1997 e vem desempenhando ao longo dos anos um papel importante para o tratamento da obesidade.

A população do estudo será composta por pacientes obesos, vinculados ao Hospital das Clínicas e que são atendidos no ambulatório de Cirurgia Geral para realização da cirurgia bariátrica. A pesquisa será realizada com o número total de pacientes que se encontram na lista para realização da cirurgia bariátrica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos encontram-se adequados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

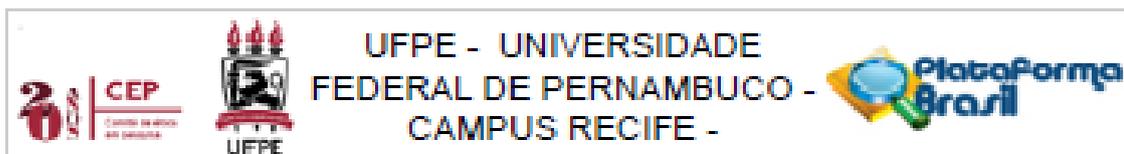
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está **APROVADO**, sendo liberado para o início da

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2128-8568 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.140.421

coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

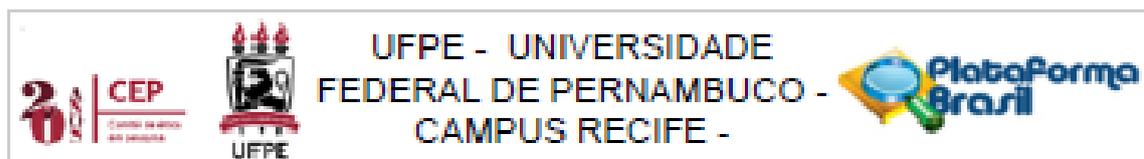
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                        | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PE INFORMações_BASICAS_DO_PROJETO_1067421.pdf | 08/02/2019<br>17:26:48 |                              | Acelto   |
| Outros  | CARTARESPOSTA.docx                            | 08/02/2019<br>17:26:06 | Priscilla Vasconcelos Agular | Acelto   |
| Outros  | CARTAANUECIAPSILOGIA.pdf                      | 08/02/2019<br>17:24:49 | Priscilla Vasconcelos Agular | Acelto   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETOCOMITEOK.pdf                           | 08/02/2019<br>17:23:42 | Priscilla Vasconcelos Agular | Acelto   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                      | 30/11/2018<br>12:45:28 | Priscilla Vasconcelos Agular | Acelto   |

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.140-021

|                |                         |                        |                                 |        |
|----------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Cronograma     | CRONOGRAMAOK.pdf        | 30/11/2018<br>12:43:31 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTOOK.pdf      | 30/11/2018<br>12:40:11 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Outros         | CURRICULOPEQUISADOR.pdf | 31/07/2018<br>01:38:16 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Outros         | CURRICULOPROFROSANA.pdf | 31/07/2018<br>01:37:53 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Outros         | TERMODECOMPROMISSO.jpg  | 31/07/2018<br>01:36:09 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Outros         | CARTADEANUENCIA.jpg     | 31/07/2018<br>01:33:25 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |
| Orçamento      | ORCAMENTO.docx          | 11/02/2018<br>14:26:15 | Priscilla Vasconcelos<br>Aqular | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br

## ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

 Revista Brasileira de Psiquiatria

 Casa

 Autor

# Confirmação de envio

 Impressão

---

Obrigado pela sua submissão

---

**Submetido para**  
Revista Brasileira de Psiquiatria

**ID do manuscrito**  
BJP-2019-RA-0617

**Título**  
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Autores**  
Aguiar, Priscilla  
Ximenes, Rosana

**Data Enviada**  
18 de julho de 2019