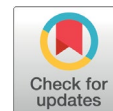






ARTIGO ORIGINAL



Perfil psicossocial de candidatos à cirurgia bariátrica e sua correlação com o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and its correlation with Binge-Eating Disorder

Amanda Frazão Coelho^{1,*} , Otávia Regina Souza Costa¹ 

¹Serviço de Psicologia, Hospital de Clínicas de Itajubá. Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

Recebido em em 4/2/2021, aceito em 21/11/2021, publicado em 26/12/2021

PALAVRAS-CHAVE

Cirurgia bariátrica
Prática psicológica
Transtorno da
Compulsão Alimentar

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil psicossocial de candidatos a cirurgia bariátrica, verificar a prevalência do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e analisar a correlação entre as variáveis psicossociais nos pacientes que apresentam ou não TCAP.

Métodos: Estudo documental de delineamento transversal. A coleta de dados foi feita a partir das informações de 125 pacientes e aplicação de Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) pelo Serviço de Psicologia de um hospital geral no sul de Minas Gerais, no período de julho de 2019 a março de 2020. Os candidatos foram separados em grupo portador e não portador de TCAP, e correlacionadas as variáveis psicossociais entre os grupos.

Resultados: A prevalência TCAP foi de 41,6% (52). A maioria dos pacientes era mulher (101; 80,8%), entre 30 e 49 anos (68; 54,4%), exercia atividade remunerada (80; 64%), possuía o ensino médio completo ou incompleto (51; 48,8%), relatou lembranças de “fatos marcantes” no ambiente familiar infantil (78; 62,4%). Foram relatados transtornos ansiosos em 37,6% (47) e transtornos depressivos em 17,6% (22) da amostra. Quanto aos tratamentos para emagrecimento, 62,4% (78) tentaram ao menos três tipos; 58,4% (73) referiram percepção de aumento do peso na infância ou adolescência. Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a presença de TCAP e a baixa escolaridade ($p = 0,009$).

Conclusão: Foi possível caracterizar a população estudada. Observou-se que a escolaridade pode ser considerada um fator protetivo para a ocorrência da TCAP.

*Autor de correspondência:

End.: Rua Genis Rossignoli Rocha, 288. Bairro: Damasco. Varginha, MG, Brasil | CEP 37.060-110

Fone: (35) 9 8434-9499

E-mail: amandafc22@hotmail.com (Coelho AF)

Este estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Itajubá

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i4.1115>

Como citar este artigo: Coelho AF, Costa ORS. Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and its correlation with Binge-Eating Disorder. Rev Cienc Saude. 2021;11(4):86-93. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i4.1115>

2236-3785/© 2021 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Bariatric surgery
Binge-Eating Disorder
Psychological practice

ABSTRACT

Objective: To describe the psychosocial profile of candidates for bariatric surgery, verify the prevalence of Binge-Eating Disorder (BED) and analyze the correlation between psychosocial variables in patients with or without BED.

Methods: Cross-sectional study. Data collection was based on information from 125 patients, and the Periodic Binge-Eating Scale (BES) was applied by the Psychology section of a general hospital in southern Minas Gerais from July 2019 to March 2020. Candidates were separated into groups with and without BED, and psychosocial variables were correlated with groups.

Results: The BED prevalence was 41.6% (52). Most patients were women (101; 80.8%), between 30 and 49 years (68; 54.4%), had a paid job (80; 64%), had completed or incomplete high school (51; 48.8%), reported memories of "remarkable facts" in the child's family environment (78; 62.4%). Anxiety disorders were reported in 37.6% (47) and depressive disorders in 17.6% (22) of the sample. As for weight-loss treatments, 62.4% (78) tried at least three types; 58.4% (73) reported the perception of weight gain in childhood or adolescence. A statistically significant association was observed between BED and a low education ($p = 0.009$).

Conclusion: It was possible to characterize the studied population. It was observed that education can be considered a protective factor for the occurrence of BED.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é definida como o acúmulo excessivo e anormal de gordura que traz prejuízos à saúde¹. É considerada uma doença de etiologia multifatorial, envolvendo aspectos históricos relativos às mudanças do estilo de vida nas últimas décadas, como o padrão do consumo alimentar e de atividades físicas, fatores biológicos, socioculturais (padrões de beleza e saúde) e fatores psíquicos².

No Brasil, a prevalência da obesidade cresceu 67% no período de 2006 a 2018, de acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2018 do Ministério da Saúde³. Ainda de acordo com o estudo, a alta do índice de obesidade foi puxada eminentemente por pessoas entre 25 aos 44 anos, sendo mais presente em mulheres 20,7%.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento cirúrgico da obesidade pode ser parte de um tratamento integral que deve ser pautado na promoção da saúde, qualidade de vida e cuidado longitudinal. A indicação da cirurgia bariátrica se dá em casos em que o indivíduo apresente índice de massa corpórea (IMC) ≥ 50 Kg/m²; IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades e que não obtiveram sucesso em tratamentos regidos por protocolos clínicos longitudinais realizados na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos; ou ainda indivíduos com IMC > 35 kg/m² com comorbidades, que também devem ter tentado outros tratamentos, seguindo protocolos clínicos sem obtenção de sucesso por no mínimo dois anos⁴.

Para a realização da cirurgia bariátrica é necessário que o paciente passe por uma avaliação multiprofissional, dentre elas a avaliação psicológica. Na literatura, os principais aspectos investigados nas avaliações pré-cirúrgicas e que podem vir a gerar contra-indicação ou adiar o procedimento são os transtornos alimentares, transtornos psicóticos, depressão, deficiência intelectual, múltiplas tentativas de suicídio ou tentativa de suicídio recente, sintomas

ativos de transtorno obsessivo-compulsivo e de transtorno bipolar, bem como estressores de vida severos, uso de nicotina, falta de compreensão quanto aos riscos, benefícios e resultados do procedimento cirúrgico, e resistência em aderir às recomendações pós-operatórias⁵.

Destaca-se o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), caracterizado pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Classificação dos Transtornos Mentais (DSM V)⁶ como episódios recorrentes de ingestão, em um curto período, de grande quantidade de alimentos, sentimento de falta de controle sobre a capacidade de parar de comer, o que comer ou quanto comer, que gera culpa e grande angústia relativa à compulsão. Vale destacar a diferença entre episódios de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) do transtorno propriamente dito (TCAP). A CAP é caracterizada pelo consumo alimentar exacerbado em um curto intervalo de tempo (até duas horas), seguido pelo sentimento de culpa e perda de controle sobre o que ou quanto se come. Quando esses episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana durante três meses, caracteriza-se o TCAP⁷.

Portadores de TCAP candidatos a cirurgia bariátrica também tendem a apresentar maior número de tratamentos na tentativa de emagrecer, elevada prevalência de depressão maior, e piores escores na avaliação da qualidade de vida⁸. Apesar de não haver um consenso na literatura sobre o assunto, alguns estudos indicam a manutenção do TCAP após a cirurgia bariátrica, o que pode levar o paciente submetido a intervenção cirúrgica ao reganho de peso ou outras complicações^{9,11}.

Este estudo tem como objetivo descrever o perfil psicossocial de candidatos a cirurgia bariátrica, verificar a prevalência da compulsão alimentar e analisar a associação entre as variáveis psicossociais nos pacientes que apresentam ou não o TCAP.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo documental, de

caráter quantitativo, com delineamento transversal, observacional e analítico. Para coleta dos dados utilizou-se as informações das anamneses e Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) aplicadas pelo setor de Psicologia de um hospital quaternário no sul de Minas Gerais. A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), no original *Binge-Eating Scale (BES)*. Escala desenvolvida por Gormally et al.¹², traduzida e adaptada para o português por Freitas et al.¹³ e posteriormente validada⁷.

Foram selecionadas 135 anamneses e ECAPs preenchidas por pacientes candidatos à cirurgia bariátrica que passaram pela avaliação psicológica no período de julho de 2019 a março de 2020. Este recorte temporal foi escolhido devido a introdução da ECAP no protocolo do serviço de psicologia em julho de 2019. Participantes deficientes visuais e analfabetos foram auxiliados no preenchimento por familiares ou pelas psicólogas do serviço. Do total foram excluídas 10

anamneses e/ou escalas incompletas, sendo a amostra final de conveniência constituída por 125 indivíduos.

A atuação do Serviço de Psicologia na cirurgia bariátrica da instituição é baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde⁴ e do Conselho Federal de Psicologia¹⁴. A anamnese e a escala utilizadas vão ao encontro dos achados da literatura sobre as principais questões a serem investigadas⁵.

A anamnese aborda questões sociodemográficas, familiares, sobre a história de vida, história da obesidade, histórico de violências, saúde mental, vida sexual, autoestima, trabalho, tentativas de suicídio, tratamentos de saúde, hábitos alimentares, uso de álcool e outras substâncias do paciente ou de membros da família, tratamentos realizados na tentativa de emagrecimento, e investiga a compreensão do tratamento cirúrgico, expectativas, sua motivação, apoio social e familiar para a realização do procedimento (Tabela 1).

Tabela 1 – Categorização das variáveis presentes na anamnese.

| Variável | Dados da anamnese | Categorização |
|-------------------------------|--|---|
| Gênero | Feminino e masculino | Idem |
| Idade | Idade em anos informada pelo candidato | Faixas etárias <18, 18-29, 30-49, 50-60, >60 |
| Escolaridade | Escolaridade informada pelo candidato | Analfabeto/ Ensino Fundamental (completo e/ou incompleto) / Ensino Médio (completo e/ou incompleto) / Ensino Superior (completo e/ou incompleto) / Pós-graduado). |
| Trabalho remunerado | Ocupação laboral do candidato no momento do preenchimento da anamnese | Categorizado em: exercendo atividade remunerada ou não. |
| Ambiente familiar na infância | Lembranças do ambiente familiar na infância: Normal; Discussões frequentes; Falta de dinheiro; Falta de atenção e cuidados; separação dos pais; Violência física/Verbal; foi morar com outra família; Atenção e cuidados exagerados; Violência sexual; Outras. | Para fins de quantificação dos resultados será classificado entre presença de relato das situações descritas e ausência das situações, em que o paciente classifica sua lembrança do ambiente familiar como normal. |
| Violência sexual | Questiona se o paciente já sofreu algum tipo de abuso sexual. | Categorizado em: sim ou não. |
| Tentativa de autoextermínio | Histórico de tentativa de suicídio | Categorizado em: sim ou não. |
| Tratamentos para obesidade | Tipos de tratamento: Atividade física; medicamentoso; regimes por conta própria/ tratamentos alternativos; dieta com acompanhamento nutricional | Nenhum tipo de tratamento; um tratamento; Dois tratamentos; Três tratamentos; Todos os tratamentos. |
| Saúde mental | Relato na anamnese de histórico de sofrimento mental, incluindo os seguintes transtornos mentais e sua sintomatologia: Depressão; Ansiedade; Síndrome do Pânico; Insônia; Outras. Serão considerados os relatos com ou sem a realização do tratamento, ainda que o diagnóstico clínico não esteja correto ou não tenha sido realizado. | Sem relato de transtorno; Transtorno Depressivo; Transtorno ansioso (incluindo relatos de insônia, síndrome do pânico e ansiedade); Transtorno ansioso/depressivo. |
| Fase de início da obesidade | Idade relatada pelo paciente de acordo com suas lembranças de que o ganho de peso foi identificado como um problema. | Estratificado em faixas etárias: Infância 0-12 anos; Adolescência 13-18 anos; Adulto > 18 anos. |

A ECAP avalia a gravidade da compulsão alimentar em indivíduos obesos, constituída de 16 questões autoaplicáveis, a classificação se dá por meio da pontuação obtida pelo indivíduo, em que o escore 17 é o ponto de corte. Os Escores de 0 a 17 são considerados sem compulsão alimentar, de 18 a 26 compulsão moderada, e pontuação maior ou igual a 27 indica compulsão grave. Apesar de suas limitações e possibilidade de manipulação, a escala tem se mostrado um instrumento útil no rastreamento inicial do transtorno⁸. O desempenho na ECAP foi utilizado para separar os pacientes com TCAP (G1) grave ou moderado (n = 52) dos pacientes sem TCAP (G2; n = 73).

As variáveis da anamnese foram categorizadas conforme o Quadro 1 e posteriormente estratificadas e mostradas por meio das frequências absolutas e relativas. Por fim, correlacionou-se as variáveis apresentadas nos dois grupos por meio do teste do qui-quadrado ou teste rápido de Fisher. A significância estatística foi definida como um $p < 0,05$. Foi utilizado o software estatístico GraphPad Prism v.8 (San Diego, CA, EUA).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT) (CAAE: 29623720.6.0000.5559, parecer 3.921.509) e seguiu os preceitos éticos de condução de pesquisas em humanos definido pela Declaração de Helsinque e resolução 466/2012 do CNS/MS/BR.

RESULTADOS

Dos 125 pacientes estudados a maioria era do sexo feminino (n = 101; 80,8%), entre 30 e 49 anos (n = 68; 54,4%), exercia atividade remunerada (n = 80; 64%), possuía ensino médio completo e/ou incompleto (n = 51; 48,8%) e relatava lembranças de “fatos marcantes” no ambiente familiar infantil (n = 78; 62,4%). Sofreram violência sexual 13 pacientes (10,4%) e 7 apresentaram tentativas de suicídio (5,6%). A maioria relatou algum tipo de sofrimento mental (n = 69; 55,2%), constituído de 47 (37,6%) transtornos ansiosos e 22 (17,6%) transtornos ansiosos/depressivos. Quanto aos tratamentos para emagrecimento 33 (26,4%) tentaram ao menos três tipos. A maior parte dos pacientes refere o aumento do ganho de peso na infância ou adolescência (n = 73; 58,4%).

Foi verificado por meio da análise da ECAP que 73 pacientes (58,4%) não apresentaram TCAP, enquanto 44 (35,2%) apresentaram a forma moderada e 8 (6,4%) a forma grave.

A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis observadas entre os grupos. Observou-se associação estatística significativa com a variável “escolaridade” (p = 0,009), na qual os pacientes que apresentavam TCAP detinham menor nível de escolaridade. As demais variáveis analisadas não apresentaram correlação estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Estudos realizados sobre cirurgia bariátrica destacam que mulheres são maioria tanto na procura

pela cirurgia¹⁵⁻¹⁸ quanto na prevalência do TCAP^{6,19-21}. Isto pode ser explicado pela maior influência de ideais de corpo e beleza que as mulheres estão sujeitas, bem como na influência cultural da constituição subjetiva feminina²². As mulheres apresentam maior insatisfação com sua imagem corporal, que por sua vez as levam a prática de dietas sem acompanhamento especializado, motivadas por um medo mórbido de engordar, as tornando susceptíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares^{23,24}.

A faixa etária dos 30 aos 49 anos mostra-se com maior prevalência de TCAP¹⁹⁻²⁰ e ao mesmo tempo é a mais comum nos pacientes que procuram pelo tratamento cirúrgico^{15-17,21}. Isso poderia ser justificado pela vivência das revisões da meia idade, processo pertinente ao período do ciclo vital em que ocorrem novas descobertas sobre si mesmo, tendo em vista a tomada de consciência da finitude e dos prazos para tomadas de decisões e mudanças de planos, que estimulam correções nos projetos de vida, também relacionada, nestes casos, à saúde e preocupação com a longevidade e qualidade de vida²⁵.

Em ambos os grupos um número significativo de indivíduos identificou o início do acúmulo de peso durante a infância, assim como em outros estudos^{21,26}. Além de questões genéticas, outros fatores estão relacionados, como os culturais e os padrões comportamentais familiares de compulsão alimentar, independentemente da presença da obesidade²⁷.

É expressiva a porcentagem de sujeitos que referem ter sido vítimas de abuso sexual na amostra selecionada. Estudos mostram que obesos com histórico de abuso sexual tendem a apresentar sentimentos de indignidade e inadequação. Além disso, a probabilidade de desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas aumenta significativamente^{28,29}. O relacionamento problemático com a comida pode ser uma forma encontrada para a modificação deste corpo violado³⁰. Contudo, não existe um consenso a respeito da relação entre o abuso sexual e os transtornos alimentares e/ou obesidade^{30,31}.

Outros tipos de abuso, bem como as lembranças marcantes de adversidades na infância e questões relacionadas ao ambiente familiar, chamam a atenção nos resultados apresentados. Outras pesquisas também identificaram este aspecto na história de vida de obesos candidatos a cirurgia bariátrica³². Em um estudo comparativo, o grupo de obesos apresentou mais experiências adversas em sua história do que sujeitos não obesos, bem como maior prevalência de queixas relacionadas a saúde³³.

Em relação à prevalência do TCAP, o achado do presente estudo vai ao encontro de resultados obtidos em correlatos que utilizaram a mesma escala^{8,26,34} e que apresentaram respectivamente 56,7%, 17,4% e 53,2% de pacientes candidatos à cirurgia com compulsão. Já em revisão sistemática de literatura encontrou-se a prevalência de TCAP com variação de 16% a 51,6%, em populações latino-americanas de obesos em programas para perda de peso³⁵.

Existe evidência de que o TCAP é mais comum em indivíduos obesos e em participantes de programas de emagrecimento⁶. Na população em geral é o transtorno alimentar mais comum, chegando a 3%²⁷. No

Tabela 2 – Comparação das variáveis psicossociais entre os grupos G1 (com TCAP) e o G2 (sem TCAP) (N = 125). Valores expressos em n (%).

| Variável | G1 (n = 52) | G2 (n = 73) | p-valor |
|---------------------------------------|----------------|----------------|---------|
| Gênero | | | |
| Masculino | 7 (5,6) | 17 (13,6) | 0,169 |
| Feminino | 45 (36) | 56 (44,8) | |
| Idade (anos) | | | |
| <18 | 0 (0) | 1 (0,8) | 0,580 |
| 18-29 | 13 (10,4) | 11 (8,8) | |
| 30-49 | 26 (20,8) | 42 (33,6) | |
| 50-60 | 10 (8,0) | 16 (12,8) | |
| >60 | 3 (2,4) | 3 (2,4) | |
| Atividade Remunerada | | | |
| Sim | 30 (24) | 50 (40) | 0,215 |
| Não | 22 (17,6) | 23 (18,4) | |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto | 1 (0,8) | 0 (0) | 0,009 |
| Fundamental | 18 (14,4) | 14 (11,2) | |
| Médio | 25 (20) | 36 (28,8) | |
| Superior | 7 (5,6) | 20 (16) | |
| Pós-graduado | 1 (0,8) | 3 (2,4) | |
| Distúrbio no ambiente familiar | | | |
| Sim | 33 (26,4) | 45 (36) | 0,836 |
| Não | 19 (15,2) | 28 (22,4) | |
| Abuso sexual | | | |
| Sim | 7 (5,6) | 6 (4,8) | 0,344 |
| Não | 45 (36) | 67 (53,6) | |
| Tentativa de autoextermínio | | | |
| Sim | 4 (3,2) | 3 (2,4) | 0,449 |
| Não | 48 (38,4) | 70 (56) | |
| Saúde mental | | | |
| Sem relato de transtorno | 21 (16,8) | 35 (28,0) | 0,703 |
| Transtorno ansioso | 21 (16,8) | 26 (20,8) | |
| Transtorno ansioso/depressivo | 10 (8,0) | 12 (9,6) | |
| Tipos de tratamento | | | |
| Nenhum | 3 (2,4) | 1 (0,8) | 0,696 |
| Um tratamento | 8 (6,4) | 11 (8,8) | |
| Dois tratamentos | 10 (8,0) | 14 (11,2) | |
| Três tratamentos | 12 (9,6) | 21 (16,8) | |
| Mais de 3 tipos | 19 (15,2) | 26 (20,8) | |
| Fase de início da obesidade | | | |
| Infância | 23 (18,4) | 23 (18,4) | 0,316 |
| Adolescência | 9 (7,2) | 18 (14,4) | |
| Adulto (> 18 anos) | 20 (16) | 32 (25,6) | |

TCAP: Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

Brasil, mais especificamente na população de São Paulo, a prevalência de TCAP foi de 4,7%, de acordo com dados da OMS³⁶

Em relação às comorbidades psiquiátricas, uma revisão de literatura latino-americana³⁶ indicou maior associação em indivíduos obesos com TCAP do que naqueles que não sofrem do transtorno, especialmente os transtornos de humor e de ansiedade. Os achados do presente estudo vão ao encontro de tal afirmação, uma vez que a maior parte dos sujeitos que apresentam TCAP relatam sofrer de ansiedade. Um estudo português²¹ evidenciou que indivíduos pré cirurgia bariátrica e metabólica apresentaram maior número de

comportamentos compulsivos e sintomas ansiosos que precipitaram os episódios compulsivos, enquanto outros constructos psicopatológicos e de personalidade investigados não tiveram significância do ponto de vista clínico e estatístico.

Outro ponto observado que merece destaque é a alta prevalência de relatos de sofrimento mental nos indivíduos obesos candidatos a cirurgia bariátrica que não apresentam o TCAP. Observa-se a depressão como comorbidade importante nos candidatos à cirurgia bariátrica, chegando a 35%¹⁶ e 36,5%¹⁸. Já no estudo de Birk e Souza²⁶, 27% apresentaram como comorbidade a ansiedade severa. Outra pesquisa que também

comparou grupos com e sem TCAP demonstrou resultado semelhante, considerando que em ambos os grupos houve elevada prevalência de ansiedade generalizada, depressão no passado, agorafobia e síndrome do pânico⁸.

A compulsão alimentar está associada ainda a outras formas de sofrimento psíquico como ansiedade, retraimento social e depressão²⁷. De acordo com o DSM V, as comorbidades psiquiátricas mais comuns são os transtornos bipolares, depressivos, de ansiedade e em menor grau, transtornos por uso de substâncias. É importante ressaltar que as comorbidades estão ligadas à gravidade da compulsão alimentar e não ao grau da obesidade⁶.

Os achados do presente estudo corroboram com tais afirmações tendo em vista o notório histórico de saúde mental da amostra estudada. Além disso, vão ao encontro da afirmação do estudo de Cruz e Nunes de que os fatores emocionais atuam tanto como causa como consequência da obesidade, evidenciando a importância do tratamento em saúde mental desta população³⁷.

O presente estudo encontrou maior ocorrência de TCAP nas categorias de menor escolaridade. Outros trabalhos também demonstraram que prevalências mais altas de TCAP se dão em pessoas com menores níveis de escolaridade¹⁸. No estudo de Costa e Pinto³⁸, entretanto, foi observada compulsão alimentar mais presente em pessoas com maior escolaridade apesar de não se ter encontrado relevância estatística. No estudo de Ferreira e Castro³⁹ não houve associação entre as variáveis, e os autores observam ainda a heterogeneidade da presença do transtorno nas classes socioeconômicas. Por outro lado, no estudo de Conde e Borges⁴⁰ foi evidenciado que o maior nível de escolaridade funciona como fator protetivo em relação a incidência e prevalência da obesidade em mulheres, apesar da compulsão não entrar como categoria de análise.

Nesse sentido, a educação é um determinante social em saúde importante que fornece elementos para compreensão da condição socioeconômica e se relaciona não apenas com as condições de acesso a serviços de saúde e educação, mas como marcador de vulnerabilidade social. Assim, o elemento educacional pode interferir diretamente nos processos de saúde e doença ligados à obesidade e ao TCAP⁴¹.

Quanto às limitações do estudo podem-se citar o caráter compulsório da avaliação psicológica que pode, em alguns casos, gerar viés na aquisição dos dados e possível manipulação na forma de aplicação dos instrumentos. Além disso, a ECAP é um instrumento difícil de ser respondido por pessoas de baixa escolaridade. Sugere-se que em futuros estudos seja utilizado outros instrumentos e estratégias para melhor avaliação do TCAP.

CONCLUSÃO

O trabalho permitiu caracterizar o perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. A alta prevalência de relatos de comorbidades psiquiátricas, como a ansiedade e depressão, tanto em relação a obesidade, quanto ao TCAP, evidenciou a necessidade de se investir e aprimorar a avaliação e preparação psicológica pré-cirúrgica. Notou-se que um maior nível de escolaridade pode ser considerado como fator protetivo para o TCAP em obesos.

Ressalta-se ainda, a importância do estudo deste tema e da implantação de políticas públicas de saúde que ampliem o acesso a serviços de saúde mental a referida população, especialmente a nível da atenção primária, propiciando atenção integral a portadores de obesidade que necessitem ou não da cirurgia bariátrica. Tendo em vista os achados do presente estudo, destaca-se a importância dos cuidados em saúde mental como forma de medida protetiva, tanto em relação ao TCAP, quanto a obesidade.

Esse estudo contribui ainda, para ampliar a discussão sobre a confiabilidade do instrumento utilizado, a ECAP. Contudo, ressalta-se a importância de considerar os diversos aspectos psicossociais e da história de vida dos sujeitos que pretendem fazer a cirurgia bariátrica. Os resultados encontrados podem ser úteis na compreensão desses pacientes, bem como em relação aos fatores que podem se caracterizar como risco para o desenvolvimento da obesidade e de transtornos alimentares fornecendo subsídios para ampliação dos recursos da prática ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. WHO Technical Report Series, 894. Geneva; 2000 [cited 2020 Feb 22]. Available from: <https://bit.ly/3cWuMpy>
2. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. Cien Saude Colet. 2010;15(1):185-94. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024> PMID:20169245
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2019 [cited 2020 Feb]. Available from: <https://bit.ly/3CZMpiD>
4. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria No 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 2013 jun. 28.
5. Flores CA. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. Arq Bras Cir Dig. 2014;27(1):59-62. <https://doi.org/10.1590/s0102-6720201400s100015> PMID:25409969 PMID:PMC4743522
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p.350-353 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
7. Alexandre SL, Guedes MRA Validação e confiabilidade da escala de compulsão alimentar periódica em pacientes ambulatoriais. [Trabalho de conclusão de curso] [Internet] Dourados. Universidade Federal da Grande Dourados; 2018 [cited em 2021 Nov 27] Available from: <https://bit.ly/3ruNXzl>
8. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araujo DE, 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 Metabol. 2006;50(5):901-8. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000500011> PMID:17160214
9. Machado CE, Orientador AD, Zilberstein B. Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica [Dissertação de Mestrado] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008 [cited 2021 nov 27]. Available from: <https://bit.ly/2ZA4yWQ>
 10. Ribeiro, GANA et al. Depressão, ansiedade e compulsão alimentar antes e após cirurgia bariátrica: problemas que persistem. ABCD. Arq Bras Cir Dig. 2018;31(01):e1356. <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1356> PMID:29947690 PMID:PMC6050001
 11. Mauro MFFP, Appolinario JC, Papelbaum M, Brasil MAA, Carneiro JRI. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. J Bras Psiquiatr. 2017;66(4):221-4. <https://doi.org/10.1590/0047-208500000175>
 12. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav; 1982;7(1):47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
 13. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):215-20. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
 14. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS [Internet]. Brasília: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP; 2019. 128 p. [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://bit.ly/3E0YqWw>
 15. Maia RP, Silva PCC, Duarte ACS, Costa RM. Avaliação do perfil nutricional e qualidade de vida após realização de cirurgia bariátrica em um hospital público de Goiânia, Brasil. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2018;13(1):147-64. <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.27515>
 16. Araújo GB, Brito APSO, Mainardi CR, Martins ES, Centeno DM, Brito MVH. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Pará Res Med J. 2018;1(4):4-11. <https://doi.org/10.4322/prmj.2017.038>
 17. Rodrigues APS, Silveira EA. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. Cienc Saude Coletiva. 2015;20(1):165-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.18982013> PMID:25650610
 18. Costa ACC, Ivo ML, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Acta Paul Enferm. 2009;22(1):55-9. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100009>
 19. Gralle APBP. Associação entre estresse psicossocial no trabalho e compulsão alimentar: resultados da linha de base do ELSA- Brasil [Dissertação de Mestrado] [Internet] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015 [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://bit.ly/3E6XDU8>
 20. Klobukoski C, Höfelmann DA. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Cad Saude Coletiva. 2017;25(4):443-52. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040094>
 21. Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Anal Psicol. 2012;22(3):533-50. <https://doi.org/10.14417/ap.225>
 22. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Rev Nutr. 2006;19(6):693-704. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000600006>
 23. Vilhena J, Medeiros S, Novaes JV. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. Rev Mal-Estar Subj [Internet]. 2005 [cited 2021 Nov 27];5(1):109-44. Available from: <https://bit.ly/2Ztfq8H>
 24. Freitas CSM, Lima RBT, Costa AS, Lucena Filho A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. Rev Bras Educ Física e Esporte. 2010;24(3):389-404. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092010000300010>
 25. Papalia DE, Duskin R. Desenvolvimento psicossocial na vida adulta intermediária In: Desenvolvimento Humano. 12a ed. Porto Alegre,RS: AMGH Editora Ltda.; 2013. 547-548 p.
 26. Birck CC, Souza FP. Ansiedade e compulsão alimentar em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Aletheia. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 27];53(1):29-41. Available from: <https://bit.ly/2ZsRRwK>
 27. Arantagy EW, Buonfiglio HB. Como lidar com transtornos alimentares. 1ª ed São Paulo - SP: Hogrefe; 2017.
 28. Mazagatos B, Ingles-Borda S, López-Picado A. El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos com antecedentes de abuso sexual. Rev Asoc Española Neuropsiquiatria. 2015;35(126):267-75. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200003>
 29. Brito D, Andrade AC, Antônio C. Vidas atravessadas pelo abuso sexual e pelo transtorno alimentar. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ), 10 a 13 de julho de 2018; Fortaleza-CE. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde; 2018;2:727-36. <https://doi.org/10.22533/at.ed.98919130632> PMID:PMC7176794
 30. Narvaz M, Oliveira LL. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: Uma revisão. R Interam Psicol [Internet]. 2009 [cited 2021 Nov 27];43(1):22-9. Available from: <https://bit.ly/3p9xBjM>
 31. Paraventi F, Claudino AM, Morgan CM, Mari JJ. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. Arch Clin Psychiatry. 2011;38(6):222-6. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600002>
 32. Silva S, Maia Â. Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. Acta Med Port [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 27];20(6):495-501. Available from: <https://bit.ly/32EDbvU>
 33. Silva S, Maia Â. História de adversidade na família e queixas de saúde: um estudo comparativo entre obesos e não obesos. Actas II Congr Família, Saúde e Doença [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 27]; 1-13. Available from: <http://hdl.handle.net/1822/7389>
 34. Quadros MRR, Bruscatto GT, Filho AJB. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. Psicol Argumento. 2017;24(45):59. <https://doi.org/10.7213/rpa.v24i45.20159>
 35. Palavras MA, Kaio GH, de Jesus Mari J, Claudino AM. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(1):81-94. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000100016> PMID:21537725
 36. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry. 2013;73(9):904-14. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020> PMID:23290497 PMID:PMC3628997
 37. Cruz LM, Nunes CP. Fator emocional na obesidade e transtornos de Imagem e alimentares. Rev Med Fam Saúde Mental [Internet] 2019 [cited 2021 Nov 27];1(2):125-134. Available from: <https://bit.ly/3E1U8hs>
 38. Costa A, Pinto S. Transtorno da compulsão alimentar periódica e qualidade de vida de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Arq Bras Cir Dig. 2015;28(1):52-5. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202015005100015> PMID:26537275 PMID:PMC4795308
 39. Ferreira, GL, Castro, MRP. A restrição alimentar e seus impactos no comportamento alimentar. [Monografia de Graduação] [Internet] Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018. [acesso em 2021 out 20]; 32 f. - Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12672>
 40. Conde WL, Borges C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(1):71-9. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500008> PMID:22002144
 41. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: AFC, ORSC

Análise e interpretação dos dados: AFC

Coleta de dados: AFC

Redação do manuscrito: AFC

Revisão crítica do texto: ORSC

Aprovação final do manuscrito*: AFC, ORSC

Análise estatística: AFC

Responsabilidade geral pelo estudo: ORSC

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.