



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

SYLVIA MARIA BARRETO DA SILVA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM OBESIDADE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Salvador
2015**

SYLVIA MARIA BARRETO DA SILVA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM OBESIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva.

**Salvador
2015**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da EBMSP

S586 Silva, Sylvia Maria Barreto da
Sintomas de ansiedade, depressão, compulsão alimentar e qualidade de vida em mulheres com obesidade. / Sylvia Maria Barreto da Silva. – Salvador. 2015.
58 f.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva.
Inclui bibliografia

1.Obesidade. 2.Ansiedade. 3.Depressão. 4.Compulsão Alimentar.
5.Qualidade de Vida. I. Título.

CDU: 616.4

SILVA, da B. M. S. **Sintomas de Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade**. Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Aprovado em 28.08.2015.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva
Orientadora
Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de Medicina e Saúde Humana – EBMSP

Profa. Dra. Ana Marice Teixeira Ladeia
Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de Medicina e Saúde Humana – EBMSP

Profa. Dra. Carla Hilario da Cunha Daltro
Professora Assistente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde – UFBA

Profa. Dra. Vânia Maria Bittencourt Powell
Professora Adjunta da Graduação de Psicologia - EBMSP

A minha avó Clarinha, uma
educadora a frente do seu tempo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é desafiador, principalmente quando vivemos um processo que envolve muitas pessoas.

A minha querida orientadora Dra. Maria de Lourdes Lima que me acolheu desde o primeiro momento com um carinho e cuidado especial.

A Equipe do PEPE, pela oportunidade de compartilharmos saberes diferentes.

As pacientes do PEPE, pela disponibilidade de participar do estudo.

Aos professores do Mestrado em Medicina e Saúde Humana, pelas ricas discussões e aprendizado. Em especial a Dr. Armênio Guimarães por acolher a Psicologia com entusiasmo nas aulas de pesquisa orientada e a Dra. Ana Marice Ladeia com contribuições relevantes no exame de qualificação.

Aos Colegas do Curso de Psicologia da Bahiana, pela torcida e apoio agora na reta final. Em especial, a Mônica Daltro, incentivadora desde o início do projeto.

A Carolina Pedroza, Iêda Aleluia, Isabella Queiroz e Lígia Vilas Boas, amigas queridas, companheiras de estudo, de inquietações e de alegrias nos últimos dois anos.

A Eliana Edington, sua amorosidade e cuidado foram fundamentais. Obrigada por cuidar de mim!

A Carolina Aguiar, sua generosidade durante as análises estatísticas me encantou e fez com que o SPSS ficasse mais “leve”.

A Márcia Tironi, “segurou” minha mão e me apresentou ao Mestrado, ainda como aluna especial.

A Angélica Mendes, minha primeira supervisora de estágio, juntas agora, celebrando as “nossas” conquistas.

A Eri e Rose, minha família Serviço de Psicologia.

A Valesca Mendes e Graça Almeida, alunas e orientandas de TCC. Sempre comprometidas com a pesquisa e com as pacientes.

A meus pais Eduardo e Betânia e minhas irmãs Cristiane, Carla e Simone, que sempre incentivaram e acreditaram nas minhas escolhas.

A José Francisco e Olímpia, pelo apoio, respeito e incentivo sempre!

A Rodrigo, companheiro de todas as horas. Obrigada por me apoiar e cuidar da nossa família.

A Marina, minha pequena que se alfabetizou enquanto eu estava no mestrado e entendeu o meu cansaço e a minha ausência. Agora no final me disse: “está acabando mamãe!”.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/Ambulatório Docente Assistencial

FONTES DE FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)

EQUIPE

Sylvia Maria Barreto da Silva – mestranda da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana.

Profa. Dra. Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva – orientadora e Profa. Adjunta da Pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Graça Milena Sandes Lima Almeida e Valesca Andrade – participaram da coleta de dados,
discentes do Curso de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

RESUMO

SILVA, Sylvia Maria Barreto da. **Sintomas de Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade**. 2015. 58f. Mestrado em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.

Fundamento: A obesidade é uma doença crônica e um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A sua etiologia multifatorial envolve aspectos clínicos, metabólicos, psicológicos e sociais. Com isso, o tratamento do indivíduo com obesidade deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar. Evidencia-se assim a importância dos profissionais de saúde conhecer o perfil dos pacientes com obesidade para traçar intervenções específicas. **Objetivos:** descrever a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica em mulheres com obesidade e testar a associação entre obesidade e qualidade de vida. **Métodos:** Estudo descritivo e analítico com pacientes do sexo feminino acompanhadas pelo Projeto para o Estudo de Excesso de Peso (PEPE) no Ambulatório Docente-Assistencial (ADAB) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Os instrumentos utilizados foram: ficha de avaliação clínico demográfica, escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) e o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), Whoqol-bref, versão abreviada. Foram realizadas análises descritivas para a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica e testes de correlação de Spearman para as possíveis associações entre índice de massa corporal (IMC) e as variáveis ansiedade, depressão, compulsão alimentar periódica e qualidade de vida (QV). **Resultados:** Foram avaliadas 100 mulheres com obesidade, com média de idade de 49,42 anos (DP = 12,45). A prevalência de sintomas de ansiedade foi de 43%, depressão 28% e compulsão alimentar periódica 19%. Houve forte correlação positiva entre ansiedade e depressão. A avaliação global da qualidade de vida teve uma tendência positiva, obtendo média 3,16 (DPV = 0,90). **Conclusão:** A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão foi elevada, mas menor do que a encontrada na literatura. A qualidade de vida foi avaliada positivamente pelas pacientes, que não identificaram prejuízo relevante da obesidade em sua QV. Estes achados podem estar associados ao acompanhamento deste grupo de pacientes por uma equipe interdisciplinar, o que pode ter minimizado os efeitos prejudiciais comumente encontrados nestas pacientes.

Palavras-chave: Obesidade. Ansiedade. Depressão. Compulsão Alimentar. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: Obesity is a chronic disease and one of health care's biggest problems in Brazil and the world. Its etiology is multifactorial, involving clinical, metabolic, psychological, and social aspects. Therefore, the treatment of obesity must be realized by an interdisciplinary team. Then, it is evident the importance of health professionals to recognize the patient's profile with obesity to delineate specific interventions. **Objective:** Describe the prevalence in women of symptoms of anxiety, depression, and binge eating with obesity and test the association between obesity and life quality. **Methods:** Descriptive and analytical study, with female patients accompanied by Projeto de Estudo sobre o Excesso de Peso (PEPE) in the clinic Docente-Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). The instruments used were: Demographic clinical evaluation form, hospital scale of anxiety and depression (HSAD), binge eating scale (BES), and an instrument to evaluate life quality of Global Health Organization (GHO), Whogol-brief. A descriptive analysis was made to identify the prevalence of symptoms of anxiety, depression, and periodical binge eating, and test of Spearman's correlation to possible relations between the body mass index (BMI) and the variables anxiety, depression, and periodical binge eating and life quality. **Results:** During the gathering, 100 obese women were evaluated, with average age 49.42 years (SD = 12.45). The prevalence of symptoms of anxiety was 43%, depression 28% and binge eating 19%. There was a strong positive correlation between anxiety and depression. The global evaluation of life quality had a positive tendency, 3.16 (SD = 0.897) in average. **Conclusion:** The prevalence of symptoms of anxiety and depression were high, but smaller than what found in literature. Quality of life was evaluated positively by patients, that didn't identify relevant prejudice of obesity in their QOL. These results can be associated to the accompaniment of this group by an interdisciplinary team, what could have minimized the negative impacts usually found in this kind of patient.

Key words: Obesity. Anxiety. Depression. Binge Eating. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ansiedade, depressão e compulsão alimentar em mulheres com e sem uso de fluoxetina	26
Figura 2 - Distribuição das combinações entre as variáveis ansiedade, depressão e compulsão alimentar em mulheres obesas acompanhadas no ADAB sem uso de fluoxetina.....	27
Figura 3 - Gráfico da correlação entre as variáveis ansiedade e depressão das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB.....	29
Figura 4 - Gráficos das correlações entre ansiedade, depressão, compulsão alimentar e o domínio psicológico de qualidade de vida das mulheres obesas acompanhadas no ADAB.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabelas 1 - Variáveis sociodemográficas das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).....	24
Tabela 2 - Perfil clínico das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).....	25
Tabela 3 – Prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar em 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).....	26
Tabela 4 - Médias da medida de qualidade de vida das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).....	27
Tabela 5 - Correlações entre o IMC e os diferentes domínios de qualidade de vida das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).....	28
Tabela 6 - Prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar por grau de obesidade das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB)	28
Tabela 7 - Correlações entre IMC, ansiedade, depressão e compulsão alimentar das 100 mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB)	29
Tabela 8 - Correlações entre ansiedade, depressão, compulsão alimentar e os diferentes domínios de qualidade de vida das mulheres obesas acompanhadas no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB)	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAB	Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana
CAP	Compulsão Alimentar Periódica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar Periódica
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPE	Projeto para o Estudo de Excesso de Peso
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
QV	Qualidade de Vida
r_s	Coefficiente de Correlação de Spearman
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	Obesidade: etiologia, diagnóstico e tratamento	14
3.2	Ansiedade e Depressão	15
3.3	Compulsão Alimentar	16
3.4	Qualidade de Vida	17
4	MÉTODOS	19
4.1	Tipo de Estudo	19
4.2	População de Estudo	19
4.3	Cálculo do Tamanho Amostral	20
4.4	Instrumentos	20
4.5	Coleta de Dados	21
4.6	Tratamento e Análise de Dados	22
4.7	Considerações Éticas	22
5	RESULTADOS	24
5.1	Caracterização e Perfil Clínico da Amostra	24
5.2	Prevalência de Ansiedade, Depressão e Compulsão Alimentar Periódica	26
5.3	Associação entre Obesidade e Qualidade de Vida	27
5.4	Associação entre o grau de obesidade, Ansiedade, Depressão e CAP	28
5.5	Associação entre QV e o grau de Ansiedade, Depressão e CAP	30
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	42
	ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos problemas mais relevantes de saúde pública na atualidade, uma vez que é um fator de risco que pode desencadear diversas doenças.¹ Trata-se de uma doença crônica crescente mundialmente e, em decorrência da sua abrangência, vem configurando-se como uma epidemia.^{2,3} Sendo sua causa multifatorial, a interação dos fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e psicológicos, interferem na saúde e, principalmente, na qualidade de vida do indivíduo com excesso de peso.

A sua etiologia multifatorial, motiva investigações sistemáticas sobre aspectos psicológicos, psicossociais e psiquiátricos. Na população de indivíduos com obesidade que realizam acompanhamento clínico, evidencia-se o aumento da prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e alimentares que merecem ser estudados.

A partir da compreensão da complexidade da obesidade e do impacto da mesma sobre a saúde e qualidade de vida do indivíduo obeso, o presente trabalho se justifica pela necessidade de compreender e construir o perfil dos pacientes acompanhados. Com isso, intervenções individualizadas poderão ser criadas, com foco no melhor resultado do tratamento a ser oferecido.⁴

Para isso, 100 mulheres com obesidade, acompanhadas por uma equipe interdisciplinar, foram avaliadas com o objetivo de descrever a prevalência de sintomas de ansiedade, de depressão e compulsão alimentar periódica como também testar a associação entre obesidade e qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Primários:

- Descrever a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica em mulheres com obesidade.
- Testar a associação entre obesidade e qualidade de vida.

2.2 Secundários:

- Avaliar a associação entre o grau de obesidade e sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica.
- Testar a associação entre qualidade de vida e sintomas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Obesidade: etiologia, diagnóstico e tratamento

A obesidade é uma doença crônica e vem alcançando altos índices de crescimento, atingindo indivíduos de todas as faixas etárias, caracterizando-se como uma epidemia global. Sua definição está relacionada com o excesso de gordura corporal, sendo que diversos estudos epidemiológicos apontam para a correlação entre essa doença, comorbidades orgânicas, níveis de mortalidade e morbidade somática. A partir desse cenário, surge a necessidade de estudos aprofundados das possíveis causas e consequências desse problema.^{1,5,6}

Na área da Psicologia, o *status* de cronicidade da obesidade passa a vigorar a partir do século XX, indicando uma preocupação com os fatores patológicos relacionados ao excesso de peso corporal. Anterior a este período, ou seja, até o final do século XIX, a obesidade, presente nos corpos de mulheres e homens, era sinônimo de beleza e fertilidade.^{5,7} É a partir da referida mudança que o indivíduo com obesidade passa a ser visto como um doente que necessita de tratamento especializado.

O desenvolvimento da doença envolve fatores genéticos, endócrinos, metabólicos, alimentares, socioculturais e psicológicos.^{5,8,9,10} É a sua etiologia multifatorial que gera uma maior complexidade no tratamento, demandando a articulação de várias áreas do conhecimento.⁵

De acordo com os dados da World Health Organization (WHO)³ 1,6 bilhão de pessoas acima de 15 anos foram classificadas com sobrepeso e 400 milhões estavam obesas, em 2005. As projeções para 2015 são de aproximadamente 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e mais de 700 milhões de obesas.¹¹ No Brasil, os relatórios indicam que 49% da população adulta encontram-se acima do peso, sendo que 13,1% das mulheres e 8,9% dos homens da referida amostra têm obesidade.¹²

Os estudos clínicos apontam para os danos que a obesidade gera na vida do indivíduo, reduzindo sua expectativa de vida. Adicionalmente, trata-se de um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, doenças osteoarticulares, apneia do sono, dentre outras.^{2,5,11}

O seu diagnóstico pode ocorrer através de diversos parâmetros. Porém, o mais utilizado é o cálculo do índice de massa corporal (IMC), medida que relaciona peso e altura,

e posterior classificação: obesidade grau I, quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 Kg/m²; obesidade grau II, quando se situa entre 35 e 39,9 Kg/m²; e obesidade grau III ou mórbida, quando o IMC supera 40 Kg/m².^{1,5}

Somente com a classificação da obesidade e do risco de comorbidades é que o tratamento deve ser escolhido. No atual cenário, o tratamento clínico envolve controle da alimentação, atividade física, intervenção medicamentosa e psicoterápica. Evidencia-se, portanto, a necessidade de acompanhamento interdisciplinar. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes com obesidade grau III ou naqueles com IMC acima de 35 com comorbidades associadas, depois que as medidas clínicas tenham sido tentadas sem êxito.^{5,8} Os custos com os tratamentos de indivíduos com obesidade são altos, em virtude do número de doenças associadas à patologia.⁸

3.2 Ansiedade e Depressão

A obesidade advém tanto de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, quanto de sintomas e perturbações de ordem psicológica e, conseqüentemente, dificuldade de adaptação.¹ Em nível psicológico, a alteração da imagem corporal pelo ganho de peso pode provocar desvalorização da autoestima, do autoconceito e acarretar diminuição da sensação de bem-estar, sentimento de inadequação social, enfim, contribuir de forma negativa para a qualidade de vida do sujeito.^{1,13}

Embora os estudos empíricos sobre o perfil de indivíduos com obesidade não identifiquem nenhuma personalidade específica, podem ocorrer alterações de humor e comportamentais. As conseqüências psicológicas da obesidade estão vinculadas ao estigma, acarretando risco de desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos.^{13,14,15,16} Indivíduos com obesidade, em função das complicações físicas relacionadas ao excesso de peso, apresentam altas taxas de ansiedade e depressão quando comparados à população em geral.^{13,17}

A definição de ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹⁸, indica a presença de preocupação excessiva e expectativa apreensiva em diversos eventos cotidianos, na maioria dos dias, pelo período mínimo de seis meses. Os sintomas característicos são irritabilidade, dificuldade de concentração, cansaço e agressividade causando sofrimento clinicamente significativo ou ainda prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional ao indivíduo.¹⁸

Na população em geral transtornos de ansiedade apresentam prevalência de 12,5% ao longo da vida.¹⁹ Estudos apontam para a relação entre ansiedade e obesidade, com destaque para a frequência desse sintoma na população de obesos, principalmente, pela vinculação com comportamento alimentar.^{20,21,22}

No DSM-IV, depressão é considerada um transtorno de humor com presença de acentuada diminuição do interesse ou prazer pelas atividades cotidianas. São sintomas frequentes: agitação, insônia, sentimento de inutilidade e culpa e pode ser graduada como leve, moderada e grave.¹⁸ Na população em geral acomete 3% a 5% e em pacientes ambulatoriais a incidência é de 5% a 10%.¹⁹ O impacto da depressão no cotidiano do indivíduo com obesidade é alto, com implicação direta nas atividades laborais, no lazer, nas atividades afetivas etc. É um dos problemas de saúde mental mais comum e está presente em 10 a 15% dos pacientes^{23,24,25}

A avaliação da ansiedade e depressão pode ser realizada por meio de inventários e escalas. No presente trabalho, a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) foi escolhida por sua frequente utilização na avaliação de indivíduos com doenças físicas, validada para o uso em pesquisas com pacientes ambulatoriais.²¹ Sua interpretação ocorre através da mensuração dos itens assinalados e posterior categorização. Se o total de pontos assinalados for maior ou igual a nove é um indicativo de sintomas tanto de ansiedade quanto de depressão.²⁵

Além das alterações de humor, sintomas relacionados aos hábitos alimentares, como a compulsão alimentar periódica (CAP), podem estar associados à obesidade.

3.3 Compulsão Alimentar Periódica

A contemporaneidade está marcada por mudanças aceleradas em várias áreas da vida das pessoas. A industrialização dos alimentos, a aceleração do cotidiano e a maior inserção da mulher no mundo do trabalho, contribuem para mudanças na forma que as pessoas se relacionam com a alimentação. Paradoxalmente, identifica-se uma preocupação pela alimentação saudável, dietas e corpos idealizados em contraponto com o aumento dos índices de sobrepeso e obesidade.^{7,26,27}

Diante do contexto descrito acima, o comportamento alimentar é um fenômeno aprendido e não está relacionado apenas à ingestão de alimentos, pois fatores psicológicos e sociais envolvem o ato de comer e a relação com a comida.^{6,26}

A CAP pode ser definida como a ingestão de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo bem delimitado (até duas horas), com a presença da impressão pelo sujeito de perda de controle sobre o ato de comer. A associação entre obesidade e CAP é muito discutida, inclusive, demonstrando alta incidência em indivíduos que buscam tratamento para emagrecer. Apesar de a CAP ocorrer também em indivíduos com peso normal (2% a 3%), a prevalência em indivíduos com obesidade é de 46%. Já o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), ocorre em 30% de pacientes com obesidade. Suas características estão relacionadas à CAP, porém a frequência dos episódios de compulsão ocorre pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, sem a utilização, pelo indivíduo, de estratégias compensatórias.^{23,24,25,26}

A escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) é um instrumento útil no rastreamento de pacientes obesos com CAP, com possibilidades de definições de estratégias de tratamento quando se confirma o diagnóstico. A ECAP é adequada para diferenciar indivíduos com obesidade de acordo com o grau de CAP. Sua classificação ocorre a partir dos seguintes escores: sem CAP, sujeitos com pontuação menor ou igual a 17; CAP moderada, indivíduos com pontos entre 18 e 26. E aqueles com pontuação maior ou igual a 27, são classificados com CAP grave.^{27,28,29,30}

Diante das interferências do excesso de peso na vida dos sujeitos, reflexões sobre a qualidade de vida é uma temática presente nos estudos sobre obesidade.

3.4 Qualidade de Vida

A discussão e análise do conceito de qualidade de vida (QV) ocorrem desde a década de 70 pelas ciências sociais e filosofia. Com o passar dos anos e o avanço da medicina, profissionais de saúde inserem nas suas análises a QV com parâmetros mais amplos, do que apenas a ausência de doença, o controle de sintomas ou o aumento da expectativa de vida.^{31,32,33,34}

O conceito de QV é subjetivo e envolve várias dimensões, inclusive a avaliativa. De acordo com o grupo de qualidade de vida da Divisão de Saúde Mental da WHO, sua definição está centrada na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^{3,35} Com isso, pensar na QV de um indivíduo com obesidade é estar atento a sua história de vida, suas crenças, seus valores e contexto social no qual está inserido.

O impacto do excesso de peso no bem-estar físico e psicológico do indivíduo é grande, interferindo diretamente na expectativa de vida desses sujeitos, diante da predisposição de desenvolver novas doenças e morte prematura. Estudos apontam que a incidência de comorbidades digestivas, cardiovasculares e renais é quatro vezes maior em mulheres com obesidade do que na população de indivíduos não obesos.^{17,34} Logo, indivíduos que não realizam nenhum tipo de tratamento, tendem a apresentar baixa qualidade de vida se comparado aos indivíduos em tratamento.³³

A avaliação da QV é uma estratégia importante para verificar o impacto da doença na vida do indivíduo. Existem muitos instrumentos que avaliam a QV com foco em transformar algo subjetivo e perceptivo em dados objetivos. A escolha pelo Whoqol-bref (versão abreviada), instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, ocorreu em virtude do mesmo ter um caráter transcultural e valorizar a percepção individual sobre a QV.^{1,35} Sua interpretação ocorre por meio da mensuração de médias que variam entre zero a cinco sendo que, quanto mais próximo de cinco, melhor a percepção do indivíduo em relação a sua qualidade de vida.

A abordagem mais integradora da QV permite discutir as necessidades básicas e também os sentimentos de bem-estar subjetivo e social dos indivíduos. Por isso, analisar a QV de indivíduos com obesidade torna-se relevante, entendendo que a doença pode causar impactos nas diversas áreas da vida dos sujeitos.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O estudo foi descritivo do tipo transversal, também chamado de estudo de prevalência, adequado quando indivíduos de uma determinada população são estudados para se verificar a presença da condição ou variável de interesse.³⁶ Em virtude das associações realizadas também tem o caráter de analítico. A investigação ocorreu no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB), mais precisamente no Ambulatório de Obesidade, vinculado ao Projeto para o Estudo do Excesso de Peso (PEPE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob o protocolo nº 72/2009. O ADAB, há 32 anos é o espaço de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos discentes e docentes dos cursos da EBMSP, através dos atendimentos ambulatoriais na área de medicina, psicologia, fisioterapia, enfermagem e terapia ocupacional, além de exames laboratoriais e de imagem. O ambulatório de obesidade é composto por uma equipe interdisciplinar. Médicos, Psicóloga, Nutricionistas, Enfermeiras e Odontóloga realizam de forma interdisciplinar o acompanhamento dos pacientes. Os referidos profissionais atuam em conjunto com estudantes de graduação de medicina, enfermagem, psicologia e odontologia.

4.2 População do Estudo

A população do estudo reuniu mulheres com obesidade acompanhadas pela equipe interdisciplinar do PEPE. A amostra foi intencional não probabilística, cujos participantes foram escolhidos por acessibilidade³⁷, requisito do desenho de pesquisa que não tem pretensão de obter resultados generalizáveis para uma população. Esse tipo de formação amostral é indicado para o estudo de grupos específicos, a exemplo de pacientes³⁶. Todas as mulheres atendidas durante o período de abril de 2014 e março de 2015 foram convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam atendimento pela equipe interdisciplinar, na sala de espera. Foram abordadas pela equipe da pesquisa as pacientes com diagnóstico clínico de obesidade, e após aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), deu-se início à coleta de dados. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico clínico de obesidade (obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²; obesidade grau II, IMC entre 35 e 39,9 Kg/m²; e obesidade grau III ou

mórbida, IMC maior que 40 Kg/m²), matriculadas no PEPE e em acompanhamento regular com a equipe interdisciplinar do referido ambulatório. Faixa etária de 18 aos 85 anos de idade. O critério de exclusão foi mulheres menores de 18 anos.

4.3 Cálculo do Tamanho Amostral

Baseado em estimativa de que a prevalência de compulsão alimentar periódica é de 30% em pacientes com obesidade, para obter uma precisão de 7%, foram necessários 100 sujeitos. A escolha pela prevalência da variável CAP ocorreu em virtude de ser a menor prevalência na população estudada, o que contribui para o cálculo mais adequado para o tipo de estudo.

4.4 Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados, sendo uma ficha de avaliação clínico demográfica e três escalas. A ficha de avaliação contendo dados sociodemográficos (idade, estado civil, naturalidade, religião, grau de instrução, ocupação principal, profissão, renda familiar e raça) e dados referentes ao quadro clínico (peso, altura, circunferência abdominal, comorbidades, início da obesidade, tratamentos prévios realizados e medicações utilizadas) (APÊNDICE B).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO A), validada por Botega²⁵ possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3, em uma escala likert, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. A HADS avalia ansiedade e depressão sem buscar itens que indiquem sintomas vegetativos. Com isso, tem sido utilizada com frequência para avaliar transtornos do humor em pacientes com doenças físicas. A interpretação da HADS se dá através da mensuração dos itens assinalados e posterior categorização. Se o total de pontos assinalados for maior ou igual a nove é um indicativo de sintomas tanto de ansiedade quanto de depressão.²⁵

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (ANEXO B) foi desenvolvida por Gormally et al.³⁰ e validada para o Brasil por Freitas et al.²⁶ Trata-se de um questionário auto-aplicável que rastreia, avalia e quantifica a gravidade da CAP em obesos. Apresenta uma lista com 16 itens e 62 afirmativas, com escala likert de quatro pontos, na qual o indivíduo

escolhe a que melhor representa a sua resposta em relação ao comportamento alimentar, correspondendo desde a ausência até gravidade da compulsão.²⁶ A classificação ocorre a partir dos seguintes escores: sem CAP, sujeitos com pontuação menor ou igual a 17; CAP moderada, indivíduos com pontos entre 18 e 26. E aqueles com pontuação maior ou igual a 27, são classificados com CAP grave.^{27,28,29,30}

O Whoqol-bref (ANEXO C), versão abreviada em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, validado no Brasil por Fleck em 2000.³⁵ O instrumento tem caráter transcultural, tendo nos últimos anos utilização crescente.³⁵ Consta de 26 questões em uma escala likert de cinco pontos, organizadas em quatro domínios. Quanto mais próximo de cinco melhor a percepção que o sujeito possui em relação a sua qualidade de vida. O domínio físico possui questões relacionadas à dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico relaciona-se a sentimentos positivos/negativos, autoestima, imagem corporal, memória, concentração, aprendizagem, crenças pessoais e religião. No domínio das relações sociais, as questões estão vinculadas às relações pessoais, apoio social e atividade sexual. O meio ambiente possui questões referentes à segurança física, ambiente no lar, cuidado com a saúde, recursos financeiros, lazer e transporte.^{38,39}

4.5 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados na sala de espera do ADAB, individualmente, durante as consultas de acompanhamento das pacientes, de acordo com as seguintes etapas:

1. Registro na ficha de avaliação clínico demográfica dos dados de identificação, idade, estado civil, naturalidade, religião, raça, grau de instrução, profissão, ocupação atual, renda familiar, início da obesidade e tratamentos prévios utilizados;
2. Aplicação da HADS, da ECAP e do Whoqol-bref;
3. Registro na ficha de avaliação clínico demográfica dos dados de peso, altura, circunferência abdominal e comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, doenças osteoarticulares), retirados do prontuário do paciente após consulta de enfermagem, no mesmo dia da aplicação dos instrumentos.

A equipe de enfermagem afere duas vezes a pressão arterial, com tensiômetro aneróide e digital, marca OMRON, com manguito apropriado para a circunferência do braço

das pacientes. Mulheres com circunferência acima de 35cm foi utilizado tensiômetro com bolsa de borracha com 16cm de largura e 32 de comprimento. Para o diagnóstico de hipertensão arterial foram considerados valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg.⁴⁰ As pacientes foram consideradas com Diabetes *Mellitus*⁴¹ se possuísse diagnóstico prévio da doença ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou > 199 mg/dL aos 120 minutos no TTGO ou acima de 200 mg/dL com sintoma, em qualquer horário ou por uma dosagem de hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$. A definição de dislipidemia⁴² deu-se da seguinte forma: Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C ($= 160$ mg/dL). - Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TG ($=150$ mg/dL). Dislipidemia mista: valores aumentados de ambos LDL-C (>160 mg/dL) e TG (>150 mg/dL). Os casos com TG = 400 mg/dL, quando o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, considerar-se-á hiperlipidemia mista se o colesterol total for maior ou igual a 200 mg/dL. - HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens <40 mg/dL e mulheres <50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG.

4.6 Tratamento e Análise de Dados

Os dados foram codificados e digitados em um banco de dados para realização de análise estatística com uso do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 17.0.

Foram conduzidas análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) para caracterizar a amostra no que se refere a dados pessoais e clínicos, além de indicar a prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar. Foi verificada a distribuição da amostra que revelou uma distribuição não normal dos dados. Em seguida, foram realizados testes de correlação de Spearman para mensuração das possíveis associações entre IMC e as pontuações obtidas nos instrumentos de avaliação das variáveis: ansiedade, depressão, compulsão alimentar e qualidade de vida.

4.7 Considerações Éticas

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa e o aceite ocorreu mediante a assinatura do TCLE, obedecendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, segundo a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos analfabetos contaram com auxílio das

pesquisadoras, na presença de um familiar/acompanhante alfabetizado que leu o TCLE, e em seguida escolheu participar ou não do estudo. Em caso afirmativo fez o registro com o polegar direito. A pesquisa foi aprovada pelo CEP da EBMSP sob o nº CAAE 24504313.7.0000.5544, parecer 569.869, 26.03.2014 (ANEXO D).

Após a coleta dos dados, o material foi colocado em um envelope e identificado pela pesquisadora por meio de um código, de modo que só a pesquisadora teve acesso a sua identificação. Os dados foram arquivados e serão guardados no Serviço de Psicologia da EBMSP, durante cinco anos. Após esse período, serão picotados para descarte.

Em caso afirmativo de identificação de sintomas de ansiedade, depressão, compulsão alimentar periódica e/ou baixa qualidade de vida, as pacientes receberam indicações e orientações específicas da equipe interdisciplinar.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização e Perfil Clínico da Amostra

Durante o período da coleta, 100 pacientes foram avaliadas. A caracterização sociodemográfica da amostra está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

VARIÁVEL	n=100 %
Idade	
Até 20 anos	2,0
De 21 a 30 anos	7,0
De 31 a 40 anos	14,0
De 41 a 50 anos	23,0
De 51 a 60 anos	35,0
Acima de 60 anos	19,0
Média: 49,4 anos (DPV = 12,45)	
Estado Civil	
Solteira	37,8
Casada	46,9
Viúva	8,2
Separada/Divorciada	7,1
Raça	
Negra	48,0
Branca	14,0
Parda	38,0
Escolaridade	
Analfabeta	1,0
1º grau incompleto	13,0
1º grau completo	17,0
2º grau incompleto	3,0
2º grau completo	58,0
3º grau incompleto	2,0
3º grau completo	6,0
Renda Familiar	
1 Salário Mínimo	34,0
2 Salário Mínimo	40,0
3 Salário Mínimo	17,0
4 Salário Mínimo	6,0
5 Salário Mínimo ou mais	3,0

A média de idade foi de 49,4 anos (DPV = 12,45), 46,9% casadas e 58% com segundo grau completo. Trata-se de um grupo cuja maioria (66%) possui, pelo menos, o 2º grau completo. Em relação à raça, 48% se declaram negras e 40% informam que possuem dois salários mínimos como renda familiar.

Os dados indicativos do perfil clínico estão descritos na Tabela 2 e indicam que em relação ao grau de obesidade, as pacientes apresentam um IMC médio de 36,5 Kg/m² cujo início ocorreu na idade adulta (75,5%).

Tabela 2 - Perfil clínico das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

VARIÁVEL	n=100 %
Grau de obesidade	
Obesidade grau I	40,4
Obesidade grau II	28,3
Obesidade grau III	31,3
IMC Médio: 36,5 (DPV = 6,50)	
Início da obesidade	
Infância	15,3
Adolescência	9,2
Idade adulta	75,5
Comorbidades	
Hipertensão arterial	59,0
Diabetes mellitus	28,0
Dislipidemia	30,0
Doenças osteoarticulares	29,0
Tratamentos Prévios	
Apenas Dieta	7,1
Apenas Medicamentos	3,0
Apenas Atividade física	10,1
Dieta + Atividade Física	11,1
Dieta + Medicamentos	21,2
Atividade física + Medicamentos	4,0
Dieta + Medicamentos + Atividade Física	33,3
Nunca Tratou	10,1
Medicações	
Apenas Fluoxetina	28,0
Apenas Sibutramina	1,0
Apenas Bupropiona	1,0
Fluoxetina + Sibutramina	3,0
Fluoxetina + Sibutramina + Bupropiona	1,0
Nunca usou	66,0

Em relação às comorbidades, destaca-se a presença de 59% de hipertensão arterial. De forma relativamente equilibrada, as outras doenças apresentam-se assim: 28% de diabetes *melittus*, 30% de dislipidemia e 29% de doenças osteoarticulares. No que tange aos tratamentos prévios, 10,1% nunca tratou a obesidade, 7,1% fizeram dieta apenas, 10,1% atividade física e 3% somente medicamentos. A escolha por duas estratégias de tratamento aconteceu em parte do grupo, ou seja, 11,1% realizaram dieta e atividade física, 21,1% dieta e medicamentos e apenas 4% atividade física e medicamentos. A intervenção dieta, medicamentos e atividade física apresentou o maior percentual (33,3%). Entre os medicamentos utilizados, 28% das pacientes já utilizaram a fluoxetina. Porém, 66% das pacientes nunca utilizaram nenhum dos três medicamentos listados.

5.2 Prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica

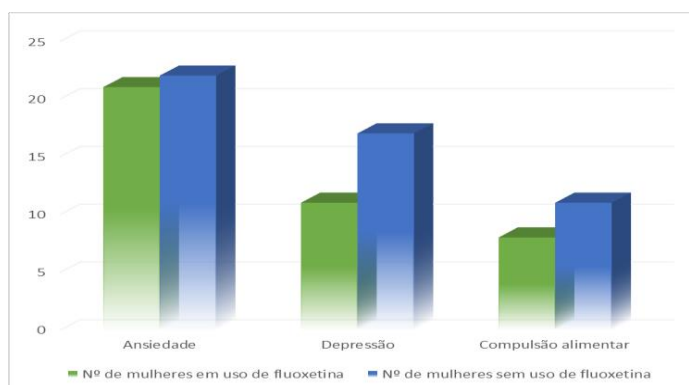
A prevalência de ansiedade se destaca atingindo a frequência de 43%, seguida da depressão e posteriormente a compulsão, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar em 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

VARIÁVEIS	n	%
Ansiedade	43	43
Depressão	28	28
Compulsão alimentar	19	19

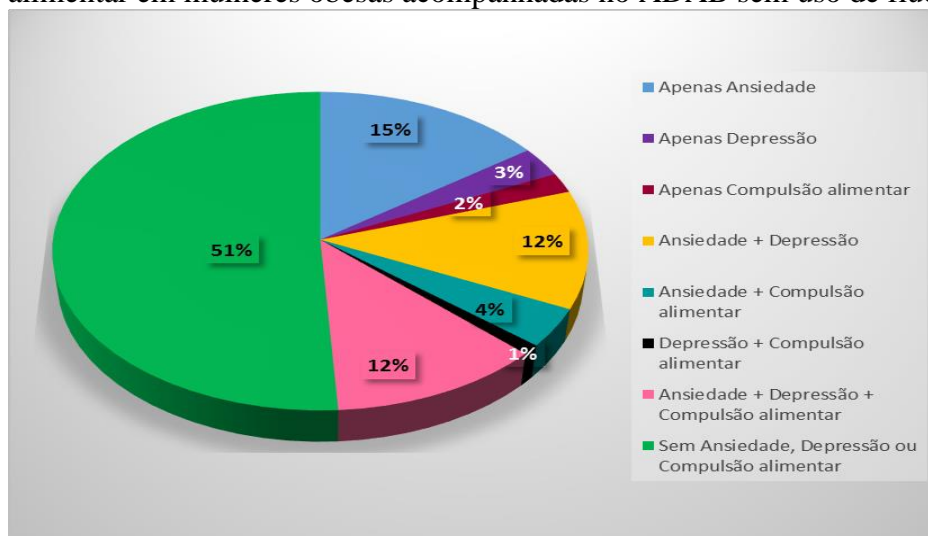
Quando avaliamos o humor apenas das pacientes que não estão em uso de fluoxetina (n = 50), encontramos prevalência menor, mas com progressão similar, apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Ansiedade, depressão e compulsão alimentar em mulheres com e sem uso de fluoxetina



Com maior detalhamento dos resultados, algumas combinações foram realizadas para descrição da prevalência. Assim, identifica-se que 15% das pacientes apresentam apenas ansiedade, 12% apresentam ansiedade e depressão e esse mesmo percentual é encontrado nas mulheres que apresentam ansiedade, depressão e compulsão alimentar. Destaca-se certo equilíbrio entre a prevalência de pelo menos um dos sintomas avaliados (49%) e a ausência dos referidos sintomas em 51% da amostra estudada, conforme Figura 2.

Figura 2 - Distribuição das combinações entre as variáveis ansiedade, depressão e compulsão alimentar em mulheres obesas acompanhadas no ADAB sem uso de fluoxetina



5.3 Associação entre obesidade e qualidade de vida

Na avaliação global da qualidade de vida, obteve-se como média 3,16 (DPV = 0,90). O domínio com maior média (3,54; DPV = 0,90) foi relações sociais e com menor média, o meio ambiente (2,89; DPV = 0,59). Esses dados estão indicados na Tabela 4.

Tabelas 4 – Médias da medida de qualidade de vida das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

DOMÍNIO	MÉDIA	DPV
QV - Físico	3,30	0,49
QV - Psicológico	3,33	0,46
QV - Relações Sociais	3,54	0,90
QV - Meio Ambiente	2,89	0,59
QV - Global	3,16	0,90

Ao se analisar a relação entre o IMC e os diferentes domínios indicativos da qualidade de vida, não foi possível estabelecer correlações entre o IMC e a QV como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Correlações entre o IMC e os diferentes domínios de qualidade de vida das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

DOMÍNIO	IMC	P
QV - Físico	$r_s = - 0,03$	0.81
QV - Psicológico	$r_s = - 0,10$	0.34
QV - Relações Sociais	$r_s = 0,04$	0.72
QV - Meio Ambiente	$r_s = - 0,10$	0.35
QV - Global	$r_s = - 0,10$	0.37

5.4 Associação entre o grau de obesidade e ansiedade, depressão e compulsão alimentar

Ansiedade foi a variável mais prevalente nos três graus de obesidade, com maior percentual no grau II (64,3%). Já compulsão alimentar apresentou percentuais próximos em dois graus, sendo maior no grau I (23%), como indicado na Tabela 6.

Tabela 6 - Prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar por grau de obesidade das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

	Obesidade Grau I (n = 41)	Obesidade Grau II (n = 28)	Obesidade Grau III (n = 31)
Prevalência (%)			
Ansiedade	37,5	64,3	32,3
Depressão	30,0	35,7	19,4
Compulsão alimentar	23,0	14,3	20,0

Os resultados das análises entre o IMC e as variáveis ansiedade, depressão e compulsão alimentar indicam que não foi possível estabelecer correlações entre elas e o IMC, já que os índices de correlações (r_s) foram fracos e sem significância estatística, como pode ser observado na Tabela 7.

Contudo, as correlações entre as três variáveis ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica foram fortes e positivas entre elas. A mais forte se deu entre a ansiedade e a depressão ($r_s = 0,69$, $p < 0.001$), seguida da ansiedade e compulsão alimentar ($r_s = 0,51$, $p < 0.001$) e depressão e compulsão alimentar ($r_s = 0,45$). Importante ressaltar que todas as correlações apresentaram alta significância estatística, como apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Correlações entre IMC, ansiedade, depressão e compulsão alimentar das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB

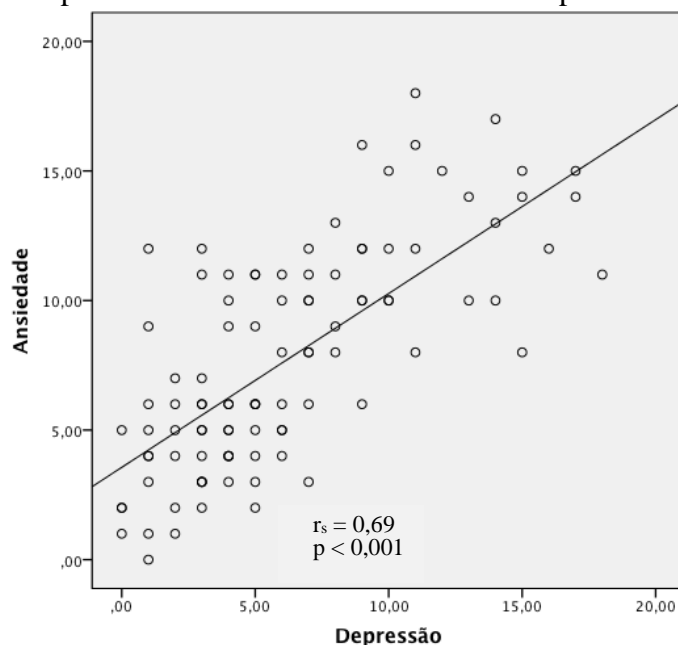
	IMC	Ansiedade	Depressão
Ansiedade	$r_s = 0,06$		
Depressão	$r_s = 0,02$	$r_s = 0,69^{**}$	
Compulsão alimentar	$r_s = 0,06$	$r_s = 0,51^{**}$	$r_s = 0,45^{**}$

** $p < .001$

* $p < .05$

O índice de correlação mais elevado foi obtido entre as variáveis ansiedade e depressão, como destacado na Figura 3.

Figura 3 - Gráfico da correlação entre as variáveis ansiedade e depressão das 100 mulheres obesas acompanhadas no ADAB



5.5 Associação entre qualidade de vida e o grau de ansiedade, depressão e compulsão alimentar

A ansiedade foi a variável que apresentou correlações fortes ou moderadas, com alta significância estatística, em todos os domínios da qualidade de vida. A análise entre a variável depressão e domínio psicológico apresentou índice de correlação mais forte ($r_s = -0,59$) e índice moderado na correlação entre depressão e o domínio físico ($r_s = -0,48$). Já compulsão alimentar e domínio psicológico obtiveram correlação moderada ($r_s = -0,40$). Ademais, todas as correlações, como podem ser vistas na Tabela 8, apresentaram alta significância estatística.

Tabela 8 - Correlações entre ansiedade, depressão, compulsão alimentar e os diferentes domínios de qualidade de vida das mulheres obesas acompanhadas no ADAB

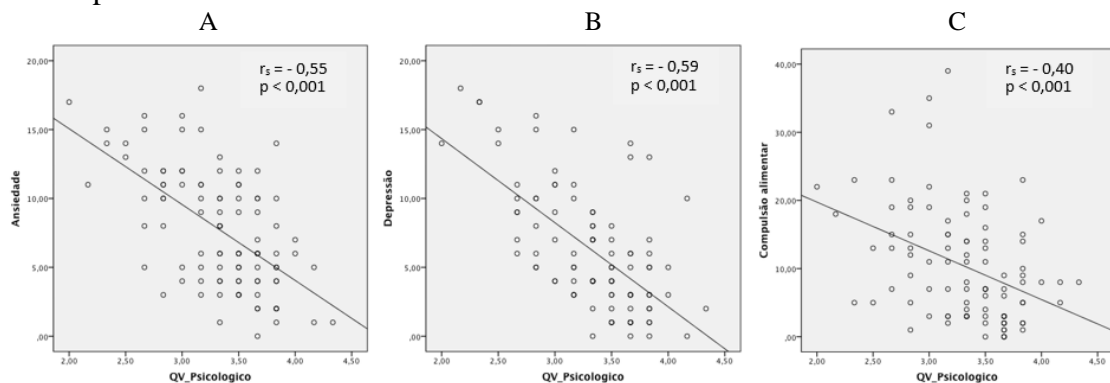
DOMÍNIO	ANSIEDADE	DEPRESSÃO	COMPULSÃO ALIMENTAR
QV - Físico	$r_s = -0,50^{**}$	$r_s = -0,47^{**}$	$r_s = -0,20^*$
QV - Psicológico	$r_s = -0,55^{**}$	$r_s = -0,59^{**}$	$r_s = -0,40^{**}$
QV - Relações Sociais	$r_s = -0,42^{**}$	$r_s = -0,31^{**}$	$r_s = -0,25^*$
QV - Meio Ambiente	$r_s = -0,47^{**}$	$r_s = -0,33^{**}$	$r_s = -0,29^{**}$
QV - Global	$r_s = -0,41^{**}$	$r_s = -0,25$	$r_s = -0,24^*$

**p<.001

*p<.05

Para melhor visualização dos dados, a Figura 4 sintetiza as correlações mais fortes entre o domínio psicológico e as variáveis ansiedade, depressão e compulsão alimentar.

Figura 4 - Gráficos das correlações entre ansiedade (A), depressão (B), compulsão alimentar (C) e o domínio psicológico de qualidade de vida das mulheres obesas acompanhadas no ADAB



6 DISCUSSÃO

Ao dar início a discussão dos resultados da presente pesquisa é importante sinalizar que existem poucos estudos que avaliaram pacientes com obesidade que já são acompanhados por uma equipe interdisciplinar. A literatura é vasta em relação à avaliação de pacientes com obesidade mórbida, submetidos ao tratamento cirúrgico.^{4,5} Com isso, faz-se necessário retomar o contexto em que esta pesquisa aconteceu. As 100 mulheres avaliadas são pacientes acompanhadas pela equipe interdisciplinar do Ambulatório de Obesidade, vinculado ao PEPE, que funciona desde 2009.

Em relação às características sociodemográficas, a média de idade do grupo estudado, 49,42 anos, indica que é muito frequente nesta etapa do ciclo de vida os indivíduos com obesidade buscarem tratamento. Isso se dá, em virtude do impacto do excesso de peso na vida dos sujeitos, coerente com os dados da literatura.^{14,17,33} Trata-se de um grupo cuja maioria (66%) possui, pelo menos, o 2º grau completo, fator extremamente positivo para a compreensão das indicações realizadas pela equipe, diferindo do que aponta a literatura. No estudo transversal com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado por Gigante, Moura e Sardinha⁶, nas capitais brasileiras identificou-se prevalência mais alta de obesidade em mulheres com menor escolaridade. Contudo, a renda familiar no nosso estudo, pode ser interpretada como uma dificultadora na aquisição dos alimentos e medicamentos prescritos. Ademais, a necessidade do investimento financeiro para o ingresso e manutenção da prática de atividade física também pode sofrer influência, já que 40% informam que possuem dois salários mínimos como renda familiar.

A obesidade, na maioria das pacientes estudadas, teve início na idade adulta, etapa do ciclo de vida em que o sujeito atinge o ápice da sua capacidade produtiva, o que pode gerar impacto nas suas atividades laborais e cotidianas.^{14,17,31} A hipertensão arterial é a comorbidade que apresenta maior percentual, corroborando com os dados da literatura.^{1,2} No estudo clássico de Framingham¹⁰ é retratada a forte relação entre obesidade e o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial. Quando avaliou 153 pacientes com sobrepeso e obesidade, acompanhadas ambulatorialmente, Verdolin et al.⁹ encontrou também como comorbidade mais prevalente a hipertensão arterial. No referido grupo, as tentativas de emagrecimento prévias apontam para tratamentos com várias estratégias combinadas, visto que um terço das mulheres avaliadas tentaram emagrecer através de dietas, uso de medicamentos e atividade física, indicação frequente nos estudos com pacientes obesos.^{2,4,7,26}

Em relação ao uso de medicamentos durante o acompanhamento atual, 66% nunca utilizaram, indicando que a equipe faz uma escolha terapêutica baseada no tripé: orientação nutricional, atividade física e mudança de hábitos.

O presente trabalho teve como um dos objetivos primários a descrição da prevalência de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica no grupo de mulheres estudado. A análise sinaliza que diferente da literatura, os percentuais de ansiedade, depressão e CAP identificados, são menores quando comparados com outros estudos com sujeitos com obesidade e com estudos com indivíduos com outras doenças crônicas como fibromialgia e asma.^{23,24} O estudo de Verdolin et al.⁹ com 153 pacientes com obesidade acompanhados no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na cidade do Rio de Janeiro, apresentou prevalência de ansiedade de 67% e 49% de depressão.

Quando a frequência das variáveis ansiedade, depressão e CAP são analisadas em suas diferentes combinações, verifica-se que 51% das mulheres não apresentam nenhuma das três variáveis. Este percentual inferior ao esperado pode estar associado a uma resposta positiva ao acompanhamento interdisciplinar a médio e longo prazo pelo qual elas têm vivenciado.⁴ No estudo de Carvalho-Ferreira et al.⁴ com 49 adultos que durante seis meses participaram de um programa de redução de peso que envolvia intervenções médicas, psicológicas, nutricionais e atividade física, evidenciou-se que a intervenção interdisciplinar foi eficaz, promovendo mudanças físicas e psicológicas, além de colaborar com a melhoria da QV dos pacientes envolvidos.

No que se refere à indicação do uso de medicação prescrita para tratamento da obesidade pela equipe, 66% nunca utilizou. Entretanto, 28% utilizam regularmente fluoxetina, que apesar de não ser uma droga específica para o tratamento da obesidade, pode ter um efeito benéfico na redução do apetite e é distribuída gratuitamente pelo sistema único de saúde (SUS). A indicação médica nestes casos não foi para tratamento específico da depressão.

Quando analisado apenas o grupo de mulheres que não estão em uso de fluoxetina, os resultados referentes à ansiedade, depressão e CAP, não diferem do grupo que usa a mesma medicação, o que pode ser justificado pelo fato da indicação do uso da droga não ter sido para tratamento da depressão.

A análise da qualidade de vida entre as pacientes estudadas aponta para uma discreta tendência positiva em sua avaliação global, indicando que as mulheres do estudo não percebem um prejuízo importante na sua QV. Os domínios físico e psicológico se comportam de maneira similar ao global, com um direcionamento um pouco mais positivo, ou seja, as mulheres analisadas, mesmo percebendo impactos da obesidade no sono, no nível de energia,

na disposição para atividades cotidianas e laborais, assim como interferência na autoestima e imagem corporal, possuem uma visão mais positiva da QV, identificando estratégias de enfrentamento para as limitações vivenciadas. A literatura indica que o declínio na QV ocorre nos indivíduos que não seguem um tratamento.^{31,33} Engel et al.³⁴ estudaram 122 indivíduos com sobrepeso e obesidade, participantes de um programa de redução de peso e os resultados indicaram que a percepção da QV melhorou na proporção que os pacientes perdiam peso, o que pode também ter influenciado a percepção das pacientes estudadas, acompanhadas pelo PEPE.

No domínio relações sociais, aonde são avaliados aspectos vinculados às relações interpessoais, apoio social e atividade sexual, detectou-se a maior média. Esse dado aponta para a importância e interferência positiva do acompanhamento interdisciplinar e o incentivo da participação da rede de apoio, especialmente a familiar. A literatura tem sinalizado que indivíduos com doença crônica, necessitam de suporte social e familiar para que consigam aderir ao tratamento.^{1,31}

Em contraposição aos dados discutidos acima, o domínio de menor média foi o meio ambiente, que analisa segurança física e do lar, recursos financeiros, cuidado com a saúde, lazer e transporte, corroborando com os dados referentes à renda familiar do grupo estudado. Apesar da contraposição com as médias apresentadas anteriormente, esse dado não difere do que se espera quando analisamos sujeitos com doenças crônicas que impactam diretamente na sua mobilidade, nos custos envolvidos com o tratamento e nas limitações nas atividades de lazer, além da vulnerabilidade social da região onde residem.^{31,32} O estudo de Horta³¹ com 50 mulheres com excesso de peso que realizavam atividade física em uma academia em Belo Horizonte, aponta para importância das atividades educativas coletivas e da rede social de apoio. Evidencia também, que a vulnerabilidade social da região onde a pesquisa ocorreu tenha influenciado diretamente no domínio meio ambiente, que também obteve a menor média.

Os resultados da análise das correlações entre o IMC e os diferentes domínios de QV não permitem afirmar que há relação entre o grau de obesidade e o conjunto de variáveis que representa a QV. Podemos inferir que não é o grau de obesidade que irá impactar na QV, e sim, a percepção que o sujeito possui sobre o impacto da obesidade na sua vida, assim como a influência do acompanhamento com uma equipe interdisciplinar.^{1,33,35} Vasconcelos³³ avaliou a QV de 30 pacientes que aguardavam o tratamento cirúrgico e estavam em acompanhamento há 2 anos em um hospital público, no centro-oeste brasileiro e identificou áreas de maior

preservação da QV e atribui ao acompanhamento multiprofissional realizado pela equipe do hospital.

Não foi observada correlação direta entre IMC e as variáveis ansiedade, depressão e CAP. Contudo, é sabido que a presença destas disfunções levam ao sofrimento físico e psicológico, com alto impacto na sua saúde psíquica.^{26,27,28,29}

Observou-se uma forte correlação positiva entre ansiedade e depressão, entre ansiedade e CAP e depressão e CAP. Esses dados indicam que não podemos analisar os indivíduos com obesidade de maneira fragmentada, principalmente quando estamos diante de sintomas psicológicos que fazem parte de uma doença de etiologia multifatorial.^{2,14,17} Ansiedade e depressão assim como podem ser uma das causas da obesidade, também, em função da vulnerabilidade do sujeito, podem ser uma consequência do processo de adoecimento e dificultadores da adesão ao tratamento.^{5,14,17} Verdolin et al.⁹ no seu estudo com 153 pacientes com obesidade acompanhados no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na cidade do Rio de Janeiro, encontrou alta frequência de ansiedade e depressão. Contudo, com a perda de peso os índices de depressão reduziram. Os autores hipotetizam que a obesidade agrava a depressão, mas não descartam que a depressão pode ser causa da obesidade.

No momento em que se testou a associação entre QV e ansiedade, depressão e CAP, identificou-se que todas as correlações apresentaram alta significância estatística. Evidencia-se assim, que os sujeitos pesquisados percebem interferência das variáveis estudadas em todos os domínios da QV. A variável ansiedade apresenta forte correlação negativa com todos os domínios da QV, ou seja, quanto maior o nível de ansiedade, pior a percepção de QV. Esses dados apontam para o quanto a avaliação da ansiedade deve existir durante o acompanhamento clínico de indivíduos com obesidade, já que a mesma interfere negativamente na QV.^{4,32}

No que se refere especificamente ao domínio psicológico da QV, encontramos os mais altos índices de correlações negativas em comparação aos outros domínios. Esses resultados indicam o alto impacto da obesidade e suas comorbidades na percepção que as mulheres estudadas possuem frente a sua autoestima, imagem corporal, memória, concentração, aprendizagem, crenças pessoais e religião. Os aspectos psicológicos relacionados à obesidade, como aponta a literatura, merecem uma atenção especial, quando indivíduos com doenças crônicas e alto grau de morbimortalidade se encontram em acompanhamento.^{4,18,22}

No presente estudo, a hipótese explicativa é que os efeitos do acompanhamento interdisciplinar têm uma função colaborativa nas definições, por parte das pacientes, de estratégias de enfrentamento para as limitações vivenciadas pela obesidade, indicando uma boa resiliência. Estudos posteriores analisando pacientes virgens de tratamento em comparação com estas já sob tratamento interdisciplinar poderão gerar outras hipóteses para explicar tal fato ou comprovar a hipótese aqui aventada.

O presente estudo apresenta duas limitações. A primeira diz respeito à pesquisa ter acontecido com uma parte do grupo que se encontra em acompanhamento. Atualmente o PEPE possui 241 mulheres com obesidade acompanhadas e 100 participaram da pesquisa.

A segunda tem relação com a ECAP. A referida escala de compulsão alimentar periódica tem como objetivo o rastreamento de indivíduos com CAP, mas a confirmação do diagnóstico deve ocorrer através de outros instrumentos. Logo, sugere-se uma investigação para confirmação e posterior intervenção com as referidas pacientes.

Como perspectivas futuras, identifica-se a manutenção de espaços de discussões sobre as intervenções interdisciplinares para o referido grupo, assim como a criação de propostas individualizadas e/ou em grupo para os respectivos pacientes.

7 CONCLUSÃO

- A prevalência de ansiedade, depressão e CAP foi menor no grupo estudado em relação aos dados da literatura.
- A avaliação global das pacientes em relação à QV retrata que as mesmas não percebem prejuízo importante na sua QV em virtude da obesidade.
- Não houve correlações significativas entre o IMC e os índices que quantificam as variáveis ansiedade, depressão e CAP.
- Foi observada forte correlação positiva entre os índices que quantificam as variáveis ansiedade, depressão e CAP.
- As correlações entre QV e ansiedade, depressão e CAP foram fortes e positivas, com destaque para a correlação entre ansiedade e todos os domínios da QV.

REFERÊNCIAS

1. Silva MP da, Jorge Z, Domingues E, Lacera Nobre E, Chambel P, Castro J de. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port* [Internet]. 2006. [citado 2012 Out. 11]; 19:247-50. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/926/599>.
2. Mancini MC. Noções fundamentais diagnóstico e classificação da obesidade. In: Garrido Junior AB. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 1-7.
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2000. Disponível em: www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
4. Carvalho-Ferreira JP, Cipullo MAT, Caranti DA, Masquio DCL, Andrade-Silva SG, Pisani LP et al. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. *Trends Psychiatry Psychother*. [Internet]. 2012. [cited 2013 Dez. 10]; 34(4): 223-233. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400008&lng=en. DOI: 10.1590/S2237-60892012000400008.
5. Benedetti C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor; 2003.
6. Gigante Denise Petrucci, Moura Erly Catarina de, Sardinha Luciana Monteiro Vasconcelos. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009; [citado 2015 Aug. 02]; 43(Supl 2):83-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-89102009000900011&lng=en. DOI: 10.1590/S0034-89102009000900011.
7. Castro MR. Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica [Internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2009. [citado 2013 Mai 5]. Disponível em: www.ufjf.br/labesc/files/2010/06/marcela.pdf.
8. Garrido Junior AB. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu; 2004.
9. Verdolin LD, Borner ARS, Guedes Júnior RO, Da Silva, TFC, Belmonte TSA. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *Sci Med (Porto Alegre)* [Internet]. 2012; [citado 2015 Jan. 24]; 22(1):15-22. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9918/7531>.
10. Hubert HB, Feinleib M, Mc Namara PT, Castell WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow up of participants of the Framingham Heart Study. *Circulation* [Internet]. 1983; [cited 2015 Jan. 29]; 67(5):968-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6219830>.

11. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2008. [citado 2010 Abr 20]. Disponível em: www.anep.org.br/mural/anep/06-2007-cceb.htm.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo nacional da despesa familiar (ENDEF): dados preliminares, consumo alimentar – antropométrica [Internet]. Rio de Janeiro, 1977. In: POF 2002 – 2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. [citado 2010 Set 3]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao%20devida/pof/2002analise/analise.pdf.
13. Cordás TA. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: a participação do psiquiatra. In: Garrido Junior AB. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 71-4.
14. Franques ARM, Ascencio RFR. Depressão e obesidade. In: Franques ARM, Loli MAS, organizadoras. Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo, SP: Vetor; 2006. p. 125-135.
15. Altenburg H, Associação do sobrepeso, obesidade I e II e circunferência da cintura com sintomas de ansiedade e depressão [Internet]. São Bernardo do Campo, Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, São Paulo, 2007. [citado 2014 Jul. 12]. Disponível em: http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=824.
16. Zancaner MS. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. In: Franques ARM, Arenales-Loli MS, organizadoras. Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor; 2012. p. 13-30.
17. Segal A. Técnicas de modificação de comportamento do paciente obeso: psicoterapia cognitivo-comportamental. In: Halpern A, Mancini MC. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca; 2002. p. 121-41.
18. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.
19. Almeida SS, Zanatta DP, Rezende FF. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. Estud Psicol. [Internet]. 2012. [citado 2013 Mai. 02]; 17(1):153-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019.
20. Mazzoni R, Mannucci E, Rizzello SM, Rica V, Rotella CM. Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. Eat Weight Disord [Internet]. 1999. [cited 2015 Jan. 20]; 4(4):198-202. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100019.
21. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. J Bras

- Psiquiatr [Internet]. 1998. [cited 2015 Jan. 05]; 47(6):285-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0047-2085&lng=en&nrm=iso
22. Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2009. [citado 2014 Set. 03]; 16(3):263-268. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000300013&script=sci_arttext. DOI: 10.1590/S1809-29502009000.
 23. Ramiro FS, Lombardi JI, Silva RCB da, Montesano FT, Oliveira NRC de, Diniz REAS et al. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2014 Fev. [citado 2015 Fev. 24]; 54(1):27-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042014000100027&script=sci_arttext. DOI: 10.1016/j.rbr.2013.04.006.
 24. Vieira AA, Santoro IL, Dracoulakis S, Caetano LB, Fernandes ALG. Ansiedade e depressão em pacientes com asma: impacto no controle da asma. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2011. [citado 2015 Fev.10]; 37(1):13-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000100004. DOI: 10.1590/S1806-37132011000100004.
 25. Botega JN, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1995 Out. [citado 2013 Jul. 9]; 29(5): 359-363. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004. DOI: 10.1590/S0034-89101995000500004.
 26. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario CJ. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2001. [citado 2013 Mai. 05]; 23(4): 215-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008.
 27. Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, Da Silveira DX, Custódio O. Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obes Res* [Internet]. 2002. [cited 2013 Set. 24]; 10(11):1127-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12429876>.
 28. Borges MBF, Jorge MR. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatr Med* [Internet]. 2000. [citado 2014 Out. 11]; 33(4). Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial04.htm>.
 29. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr* [Internet]. 2006. [citado 2015 Jan. 05]; 28(1):20-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100004&script=sci_arttext.
 30. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* [Internet]. 1982. [cited 2015 Fev. 24]; 7:47-55. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460382900247>. DOI: 10.1016/0306-4603(82)90024-7.

31. Horta PM, Cardoso AH, Lopes ACS, Santos LC. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013. [citado 2015 Jan. 22]; 34(4): 121-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400016.
32. Tavares TB; Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2010. [citado 2014 Nov. 05]; 20(3):359-66. Disponível em: <http://www.rmmg.org/sumario/33>.
33. Vasconcelos PO, Costa Neto SB. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *Psico* [Internet]. 2008. [citado 2014 Set. 27]; 39(1):58-65. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1483/27> 96.
34. Engel SG, Crosby RD, Kolotkin RL, Hartley GG, Williams GR, Wonderlich SA et al. Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect? *Obes Res* [Internet]. 2003. [cited 2014 Nov. 14]; 11(10):1207-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14569046>.
35. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. A application of the portuguese revision of the abreviated instrument of quality life “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000. [cited 2013 Jan. 24]; 34(2):178-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-89102000000200012. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012.
36. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
37. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
38. Fink A. *The survey handbook*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
39. Kluthcovskyl ACGC, Kluthcovskyl FA. O WHOQOL-bref um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2009. [citado 2014 Ago.27]; 31(3 Supl 0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000400007&script=sci_arttext. DOI: 10.1590/S0101-81082009000400007.
40. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2006 Fev [citado 2015 Jan. 05]; 1-48. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2005-2009/PocketBook_2005-2009.pdf.
41. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* [Internet]. 2013 Jan. [cited 2015 Jan. 05]; 36(Suppl 1):S67-S74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383/pdf/zdcS62.pdf>. DOI: 10.2337/dc10-S062.

42. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 Apr. [cited 2015 Jan. 05]; 88(Suppl 1):2-19. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: **Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade**

Prezada:

Você está sendo convidada para participar voluntariamente na pesquisa **Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade** sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável Maria de Lourdes Lima, doutora em Medicina e Saúde e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Pesquisadora Assistente Sylvia Maria Barreto da Silva.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que você não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo. A proposta deste termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo da pesquisa é encontrar dados referentes a ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica em mulheres com obesidade, assim como testar a associação entre obesidade e qualidade de vida e avaliar a influência da ansiedade, depressão e compulsão alimentar no grau de obesidade. Para sua realização será feito o seguinte: uma entrevista para preenchimento de uma ficha de coleta de dados de identificação pessoal e questões referentes à obesidade (início da obesidade, doenças associadas a obesidade, tratamentos e medicações utilizados) e aplicação de um questionário de avaliação de qualidade de vida, da Escala de Compulsão Alimentar Periódica e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

A partir dos resultados alcançados pela sua participação voluntária, caso você queira e tenha necessidade, a equipe PEPE realizará, como efeito de benefício direto a você participante dessa pesquisa, intervenções individuais e/ou em grupo, sem custo, com foco em melhorias para o seu tratamento. Além disso, contribuiremos com o crescimento do conhecimento científico, já que podemos constatar a necessidade de pesquisas relativas a essa temática em eventos ou publicações científicas.

Nesta pesquisa, se algo lhe trazer algum sentimento ruim e preferir não seguir adiante com o assunto, terá sempre a possibilidade de interromper a realização da mesma, a qualquer momento. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Por fim, é importante esclarecer que sempre existem riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse trabalho, entende-se que os riscos são mínimos e estão associados à sua mobilização ao ser entrevistada e/ou ao preencher o questionário e escalas. Caso isso ocorra, você será encaminhada para atendimento psicológico no Serviço de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) sem custo.

Agradecemos a sua colaboração e solicitamos, **se de acordo**, assinar no espaço reservado abaixo, deste consentimento, o qual ficará arquivado. Você receberá uma via deste termo assinada e rubricada pelos pesquisadores.

Dando consentimento após a leitura ou escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável ou a pesquisadora assistente, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

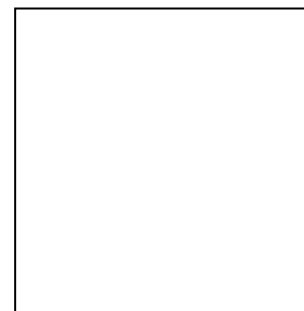
Ciente, eu _____ (**nome completo por extenso**) declaro que dou consentimento para a utilização dos dados para a pesquisa.

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Local para Impressão Digital



Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Rua Frei Henrique, n.8 Nazaré 40050-420 Salvador-BA. Tel.: (71) 2101-2900/2101-2944.

Contatos das Pesquisadoras:

Maria de Lourdes Lima, (71) 9964-6233 – email: mlourdeslima@bahiana.edu.br

Sylvia Maria Barreto da Silva, (71) 3276-8259/9135-9501 – email: sylviabarroto@bahiana.edu.br

APÊNDICE B - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICO DEMOGRÁFICO

Dados Sócios Demográficos e Clínicos

Nome Registro PEPE
Idade
Estado Civil
Naturalidade
Religião
Raça
Grau de Instrução
Profissão
Ocupação Atual
Renda Familiar
Início da obesidade
Tratamentos prévios utilizados: () dieta () atividade física () medicamentos
Peso Altura
Circunferência Abdominal
Comorbidades () hipertensão arterial () diabetes <i>mellitus</i> () dislipidemia () doenças osteoarticulares
Medicações Utilizadas () fluoxetina () sibutramina () bupropiona

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HADS

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “x” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

A 1º) Você se sente tenso ou contraído?

- 3** () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D 2º) Sente gosto pelas mesmas coisas de antes?

- 0** () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3º) Sente uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer?

- 3** () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

D 4º) Dá risada e se diverte quando vê coisas engraçadas?

- 0** () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

A 5º) Está com a cabeça cheia de preocupações?

- 3** () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

D 6º) Você se sente alegre?

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7º) Consegue ficar sentado á vontade e se sentir relaxado?

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8º) Se sente lento para pensar e fazer as coisas?

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9º) Sente uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago?

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10º) Perdeu o interesse em cuidar em cuidar da sua aparência?

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () se cuida do mesmo jeito que antes

A 11º) Sente-se inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum?

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não se sente assim

D 12º) Fica esperando animado as coisas boas que estão por vir?

- 0 () Do mesmo jeito que antes


- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13º) De repente, já teve a sensação de entrar em pânico?

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14º) Consegue sentir prazer quando assiste um bom programa de televisão, de rádio,
ou
quando lê alguma coisa?

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca



ANEXO B - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA - ECAP

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA – ECAP *BES (BINGE EATING SCALE)*

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

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.

#1

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 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.

#2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 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.

#3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

#4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- () 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.
- () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

#5

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 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.
- () 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.

#6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

#7

- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- () 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- () 3. Frequentemente, 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.
- () 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”.

#8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

#9

- () 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 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.
- () 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”.

#10

1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho (a).
2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido (a) com o meu comportamento alimentar.
3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
4. Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
- () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida

ANEXO C – WHOQOL-BREF - AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quanto satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quanto** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO D – TERMO DE APROVAÇÃO NO CEP