

Frequência da Compulsão Alimentar em mulheres com sobrepeso e obesidade e relação com a qualidade de vida relacionada à saúde

Frequency of binge eating in women with overweight and obesity and its relationship with health-related quality of life

Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida

Binge Eating and Quality of Life

Contagem de palavras do manuscrito: 3096

Identificação: Ana Luíza Fonseca Xavier¹, Carla Rodrigues Bolsoni¹, Débora Milene Diniz¹, Gustavo Pompei Matta¹, Laura Galhardo Brun¹, Mariana Fernanda Lopes Felício¹, Samara Maia Silva¹, Anna Marcella Neves Dias², Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes³, Rodrigo Oliveira Moreira⁴.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG.

² Fonoaudióloga, Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG, Mestre.

³ Bióloga, Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG, Mestre.

⁴ Médico, Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG, Doutor.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a frequência de compulsão alimentar (CA) em mulheres com sobrepeso e obesidade e correlacionar a gravidade do excesso de peso e da CA com a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS). **Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo transversal em que foram coletados dados antropométricos (peso e altura) e socioeconômicos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda) de 317 mulheres com sobrepeso e obesidade. Foram aplicados também o questionário WHOQoL-BREF – abreviado e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) para avaliar a QVRS e a gravidade da CA, respectivamente. **Resultados:** Cento e cinquenta mulheres (47,3%) apresentaram um ECAP ≥ 18 pontos. Embora não tenha sido encontrada diferença significativa no IMC de mulheres com compulsão alimentar ($34,8 \pm 4,3$ Kg/m²) e sem compulsão ($33,8 \pm 3,4$ Kg/m²; $p=0,065$), todos os itens do WHOQoL-BREF foram significativamente piores nas mulheres com CA. A gravidade da CA mostrou uma relação com pior QVRS em todos os domínios do WHOQoL-BREF, sendo que esta correlação foi independente do IMC para os Domínios Ambiental e Social. **Conclusões:** Em uma amostra de mulheres com sobrepeso e obesidade, a presença de CA se associou a uma pior QVRS. A gravidade da CA parece ser associar de maneira independente a alguns domínios específicos da QVRS, de maneira independente da gravidade da obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, mulher, compulsão alimentar, qualidade de vida.

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence of binge eating in obese women; correlate the severity of obesity with the presence and severity of binge eating. **Methods:** A cross-sectional study was carried out in which anthropometric (weight and height) and socioeconomic (age, sex, marital status, education and income) data from 317 individuals were collected. The WHOQoL-BREF – abbreviated questionnaire and the BES Binge Eating Scale (Binge Eating Scale) were also applied to assess the quality of life (QL) of these patients. **Results:** There was a constancy of 52.7% for BED. There is a weak link, only with a tendency towards significance for the relationship between BED and BMI ($r=0.10$; $p=0.063$), not related to age ($r=-0.08$; $p=0.12$), income per person ($r=0.08$; $p=0.15$) or education ($r=0.05$; $p=0.34$). **Conclusion:** It was concluded that the prevalence of BED had no direct relationship with the Body Mass Index (BMI) of the women surveyed. Relating obesity (BMI) and BED with the impact on QoL, in the studied sample, it was observed that BED had a much more impact on QOL than the BMI index alone. Patients who had the BED scored poorly in all domains in the QOL questionnaire, regardless of BMI. Thus, there were significant links between the severity of BED and the degrading condition of QoL.

KEYWORDS: Obesity, women, binge eating, quality of life.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma questão de saúde pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), já se tornou uma epidemia global.¹ É uma doença crônica multifatorial, mantida e desencadeada por fatores ambientais, sociais, endocrinológicos, genéticos e psiquiátricos.^{2,3} Sua incidência vem sofrendo aumento significativo, com dados expressivos e crescentes no Brasil, com um quinto da população brasileira acometida pela doença.^{2,4} Além disso, parece ser um fator importante que afeta a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) no que diz respeito principalmente aos aspectos disfuncionais de ordem física.^{4,5}

Conforme divulgado pelo Ministério da Saúde em 2018, a porcentagem de indivíduos afetados pela obesidade no Brasil é de aproximadamente 19,8% ^{2,6} o que corresponde um aumento de 67,8% nos últimos treze anos.⁶ Esse quadro determinou um grande impacto na saúde pública e nos gastos para os tratamentos associados à obesidade.^{7,8} Em comparativos de prevalência em relação ao sexo, o número de mulheres obesas cresceu 40% enquanto os homens apresentaram um crescimento menor, em torno de 21,7% no mesmo período.⁶ Um estudo também publicado em 2018 demonstrou uma proporção expressiva de mulheres (55,7%) que apresentaram valores de circunferência da cintura superiores ao valor desejável (< 80cm).⁹

Levando em conta a etiologia multifatorial da obesidade, os fatores como a condição social e financeira, estresse das atividades contemporâneas, tempo reduzido para a realização de atividade física e fácil disponibilidade de alimentos ultra processados devem ser levados em conta dentre suas causas mais comuns.^{2,10,11} Um aspecto interessante é que o “hábito de lanche” parece ser um comportamento alimentar frequente em pacientes obesos graves, atingindo pelo menos 50% deles.¹² No que diz respeito às mulheres, a obesidade pode estar também associada a questões ginecológicas e hormonais,¹³ inclusive a paridade parece exercer influência significativa na obesidade feminina.¹⁴ Cumpre ressaltar ainda que, em concordância com a condição socioeconômica da mulher,¹⁵ ela é conseqüentemente mais exposta a jornadas duplas de trabalhos, que inclui a sobrecarga do trabalho doméstico, que geralmente não sobrecarrega o homem na mesma proporção, dificultando a adoção de comportamentos saudáveis.¹⁶

No que diz respeito, ao sexo feminino ele é mais facilmente atingido pelas pressões sociais de um corpo magro e esbelto,^{16,17} além de ser mais susceptível à

influência da mídia.¹⁴ Desta forma, parece que as mulheres tem uma maior tendência a ser mais vulnerável a desenvolver transtornos alimentares, como o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).^{12,16,17} Existem na literatura hipóteses de que a impulsividade alimentar pode ocorrer devido a dietas muito restritivas e/ou frustrações causadas por tratamentos sucessivos e mal sucedidos,¹² algo relatado por muitas mulheres na tentativa de atingir o padrão cultural atual.^{16,17} Detectou-se em um estudo uma alta prevalência de TCAP (53,2%) em mulheres com obesidade grave.¹⁶ Inclusive, já foi demonstrado que o TCAP pode ter início logo na adolescência e que, conforme exposto acima, foi mais frequente no sexo feminino (44,1%) do que no masculino (14,9%).¹⁸

De acordo com o quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da *American Psychiatric Association* (APA)^{19,20}, o TCAP se caracteriza pela ingestão, em um período de duas horas, de uma quantidade de alimentos maior do que outras pessoas consumiriam em circunstâncias análogas. O indivíduo come mais rápido que o normal, até se sentir “desconfortavelmente cheio”, mesmo sem estar com fome, e relata sentimento de culpa, vergonha e falta de controle. Enquanto alguns estudos sugeriram que ele possa atingir 41,6% da população obesa de ambos os sexos,¹⁶ outros estudos corroboraram com a hipótese de que o TCAP atinge mais intensamente o sexo feminino.^{12,16,17,21} Em estudo de Pisciolaro e Azevedo⁶ com 6.930 pessoas com obesidade, a prevalência de TCAP no desfecho foi 2,43 vezes maior em mulheres do que aquela observada entre os homens.⁶

De modo geral, indivíduos com TCAP apresentam pior QVRS do que a população normal²². Dentre os subgrupos diagnosticados com transtornos alimentares, observou-se que o TCAP apresenta maiores prejuízos físicos do que sujeitos com anorexia nervosa e bulimia nervosa.²² Embora não haja uma definição universalmente aceita de QV, a proposta feita pelo WHOQoL-BREF considera a QVRS como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no que diz respeito ao âmbito cultural, do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²³

A obesidade, *per si*, parece exercer significativas consequências negativas na QV. Da mesma forma, estudos demonstraram que existe uma melhora deste parâmetro com perda de peso.^{4,24,25} A literatura descreveu que a obesidade influencia diretamente no bem estar físico, emocional e psicossocial, impactando diretamente a

QV.^{4,5,22} Contudo, também foi demonstrado que a insatisfação corporal em mulheres obesas está bem mais relacionada com a presença de transtornos alimentares do que com o próprio excesso de peso,²⁶ o que leva a questionar qual dos dois fatores, obesidade ou TCAP, tem tido mais impacto na QV feminina.

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de compulsão alimentar em uma amostra de mulheres com excesso de peso que frequentam Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e observar a relação entre o excesso de peso, a compulsão alimentar e a QVRS.

MÉTODOS

População Avaliada

Foi realizado um estudo observacional transversal no período de outubro de 2020 a maio de 2021 em uma amostra de 317 mulheres entre 18 e 55 anos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em 14 UBSs localizadas no município de Juiz de Fora. Foram incluídos apenas indivíduos do sexo feminino, com Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25 Kg/m² e que possuíam capacidade de ler e compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas mulheres que estavam em tratamento de sobrepeso ou obesidade ou que procuraram a UBS com este objetivo. Além disso, foram também excluídas mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de Doença Cardiovascular prévia (exceto Hipertensão Arterial Sistêmica), incluindo Angina Estável ou Instável, Infarto Agudo do Miocárdio, Ataque Isquêmico Transitório, Acidente Vascular Cerebral e Doença Arterial Obstrutiva Periférica (incluindo claudicação intermitente e amputação de membros inferiores), Insuficiência Renal Crônica em tratamento com diálise, uso de antidepressivos, gestantes e com diagnóstico de câncer (exceto carcinoma basocelular).

A triagem ocorreu em 14 UBSs selecionadas por amostragem simples de um total de 52 UBSs da área urbana de Juiz de Fora. O número de entrevistadas em cada UBS foi em média 23 mulheres.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, seguindo o preconizado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) referente a pesquisas envolvendo seres humanos, sob o parecer de nº 4.156.404.

Avaliação Antropométrica

As participantes tiveram seu peso corporal (kg) e altura (m) medidos através de balanças antropométricas mecânicas de 150kg da marca Welmy. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado, baseando-se nos dados obtidos pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrados.

Avaliação socioeconômica

Foi aplicado um questionário desenvolvido especificamente para essa pesquisa contendo seis questões e abordou: idade, nível educacional, estado civil e renda mensal.

Avaliação da Compulsão Alimentar

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), traduzida para o português por Freitas et al,²⁷ foi utilizada com intuito de aferir o nível de compulsão alimentar periódica. Consiste em um questionário autoaplicável dividido em três etapas: a primeira, contendo 16 itens, os quais definiram as características do TCAP através de pesquisas comportamentais e da descrição dos sentimentos. Já na segunda etapa, as afirmativas apontaram a gravidade de cada característica, utilizando-se do critério de pontuação, entre zero e três, sendo zero a ausência da doença e três indicando a gravidade máxima da mesma. Na terceira etapa foram utilizados três aspectos para se avaliar a compulsão, sendo eles: por meio da frequência, pela quantidade de comida e pela emoção envolvida em um episódio de compulsão alimentar periódica.

O escore final foi a soma de cada um dos itens mencionados acima, totalizando ao final 62 itens. Cada indivíduo foi classificado de acordo com um escore. Foram considerados isentos de TCAP os que obtiverem uma pontuação menor ou igual a 17. Indivíduos com a TCAP moderada alcançarão pontuação entre 18 e 26, e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, serão considerados pacientes com TCAP grave.

Avaliação da Qualidade de Vida

A QV foi avaliada através do *World Health Organization Quality of Life – brief (version WHOQoL-BREF)*²³, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995. Ele foi formulado devido à falta de um instrumento para avaliação da QV com

panorama transcultural, tendo em vista que a QV é um conceito complexo e abrangente que inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. A avaliação foi feita conforme a percepção do paciente que responde ao questionário. Ele foi composto por 26 questões em que cada uma delas possui pontuação de 1 a 5, respectivamente classificadas em: nada, muito pouco, médio, muito e completamente. Por erro dos investigadores, a questão 04 não foi aplicada e a avaliação dos resultados do questionário foi realizada sem esta questão.

Análise Estatística

Os dados foram armazenados no programa Access 2013, Microsoft Corporation®USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS 21.0, IBM®SPSS Statistic. A comparação das médias entre os diferentes grupos foi realizada com o Teste “t de student”. As análises de correlação foram realizadas com teste de Pearson para as variáveis paramétricas e de Spearman para as não paramétricas. A análise de regressão linear múltipla foi utilizada para identificar o impacto do IMC e da ECAP nos diferentes domínios do WHOQoL-BREF. Foram utilizados testes bi-caudados em todas as análises. O limite de significância será de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliadas 317 mulheres com uma mediana de idade de 38 anos (variando de 18 a 55 anos) e de IMC de 33.1 Kg/m² (variando de 27,6 a 51,4 Kg/m²). 186 mulheres (58,7%) eram casadas com uma renda familiar mediana de R\$ 2.898,00 (R\$ 550,00 a R\$ 12.000,00) e com uma renda por pessoa da casa de R\$ 1.108,00 (R\$ 110,00 a R\$ 4.400,00).

No que diz respeito à compulsão alimentar, a mediana da ECAP na amostra foi de 17 pontos (variando de 0 a 40 pontos) e 150 mulheres (47,3%) apresentaram a ECAP $\geq$ 18 pontos. Foi encontrada uma relação fraca, apenas com tendência a significância, da ECAP com o IMC ($r=0,10$; $p=0,063$), mas não com a idade ($r=-0,08$; $p=0,12$), renda por pessoa ($r=0,08$; $p=0,15$) ou escolaridade ($r=0,05$; $p=0,34$). Embora não tenha sido encontrada diferença significativa no IMC de mulheres com compulsão alimentar ($34,8 \pm 4,3$ Kg/m²) e sem compulsão ($33,8 \pm 3,4$ Kg/m²; $p=0,065$), todos os

itens do WHOQoL-BREF foram significativamente piores nas mulheres com TCAP (Tabela 1).

Inserir Tabela 1

A Tabela 2 apresentou a correlação entre a QV, a ECAP e o IMC. Houve uma correlação inversa estatisticamente significativa da ECAP com todos os itens do WHOQoL-BREF. Em relação ao IMC, houve uma correlação também inversa com a questão 2 e com os Domínios Físico, Psicológico e Social do WHOQoL-BREF, com um achado no limite da significância para o Domínio Ambiental.

Inserir Tabela 2

A regressão linear múltipla foi realizada utilizando os parâmetros do WHOQoL-BREF como variáveis dependentes (Questão 2, Domínio Físico, Psicológico e Social) e a ECAP e IMC como variáveis independentes. Após a regressão, tanto a ECAP como o IMC permaneceram independentemente relacionadas com a Questão 2 ($p < 0,001$ e $p = 0,0047$, respectivamente), com o Domínio Físico ($P < 0,001$ para ambas) e com o Domínio Psicológico ($P < 0,01$ para ambas). Em relação ao Domínio Social, apenas a ECAP permaneceu independentemente relacionada a este domínio ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A QVRS é um importante marcador da gravidade de diversas doenças, incluindo a obesidade. O presente estudo se propôs a investigar a relação entre a gravidade do excesso de peso e da CA sobre a QVRS em uma amostra de mulheres com excesso de peso selecionada aleatoriamente e que não buscavam ou realizam tratamento para emagrecer. Nesta população, aproximadamente 50% das mulheres apresentavam CA moderada ou grave pela ECAP. Embora não tenha sido encontrada diferença no IMC nas mulheres com e sem CA, mulheres com CA apresentavam pior QVRS. Finalmente, a gravidade da CA parece se correlacionar com alguns aspectos da QVRS de maneira independente do IMC.

O estudo de Klobukoski e Höfelmann indicou que a prevalência de TCAP é maior naqueles indivíduos que apresentam o IMC mais elevado.¹⁶ Contudo, em um

estudo realizado com 100 pacientes portadores do $IMC > 25\text{kg/m}^2$, em sua maioria do sexo feminino (76%), com faixa etária variável entre 21 e 59 anos atendidos nas duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Quixeré-CE, houve prevalência de TCAP apenas entre os indivíduos obesos de grau II, parcela em que 66,6% tinham TCAP moderada. Ou seja, as médias de IMC foram maiores nos entrevistados que possuíam TCAP moderada, quando comparados aos sem TCAP.²⁸ É interessante que os resultados deste estudo sugeriram que esta relação pode não ser verdadeira para diferentes populações. Uma possível justificativa para tal divergência é o fato de que esta relação se dá majoritariamente quando investigadas populações mais graves, ou seja, obesos a partir do Grau II ($IMC > 35\text{kg/m}^2$)²⁹ ou pacientes que procuraram tratamento para emagrecer. A população amostral do presente estudo foi majoritariamente de pacientes obesos menos graves, com obesidade Grau I (IMC médio de 33kg/m^2), além de selecionados em uma amostra da população geral.

Uma pesquisa italiana que objetivou estimar a prevalência de TCAP em 6.930 indivíduos obesos em que 72% eram do sexo feminino, também observou relação entre TCAP e IMC. Os participantes tinham IMC variados, e ficou demonstrado que para cada 1kg/m^2 adicionado ao IMC aumentou-se em cerca de 5% a prevalência de compulsão alimentar.³⁰ Sendo assim, ficou estabelecida novamente a relação entre IMC e TCAP, porém é uma relação que se torna significativa e elucidada conforme o agravamento da obesidade na população estudada, ou seja, uma relação diretamente proporcional com o peso. Assim, concluiu-se que tal relação não foi encontrada no presente estudo, pois é preciso que haja uma amostra de indivíduos com obesidade mais grave para que essa relação se estabeleça de fato.

Em relação à QV, encontrou-se relação significativa de acordo com a prevalência da TCAP. Houve uma relação forte entre a presença de TCAP e pior QV em todos os domínios do WHOQoL-BREF. Na amostra investigada a relação entre TCAP e QV se mostrou inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a gravidade da TCAP, pior era a QV. O mesmo resultado foi encontrado por Tirico et al³¹ que observaram prejuízos da QV em pacientes com TCAP, bem como com transtornos alimentares no geral, quando comparados com pacientes sem transtornos. Embora a saúde física seja prejudicada pela obesidade, ter um transtorno alimentar pode causar uma carga extra que deteriora a saúde mental.³² Neste ponto, faz sentido a maior relação da baixa QV com a presença do TCAP do que com o IMC.

Ainda segundo a literatura, os transtornos alimentares estão relacionados com pior QV do que transtornos graves como depressão, transtorno do pânico, transtornos afetivos e ansiosos.^{33,34} A avaliação da QV é uma análise subjetiva e a própria complexidade do TCAP e dos transtornos alimentares em geral pode justificar tal fato.

Em um estudo com uma amostra composta por 113 mulheres com idade entre 22 e 60 anos, foi encontrada uma associação positiva entre a compulsão alimentar e os transtornos de ansiedade, e consequentemente, com a QV. No mesmo estudo, também não foi encontrada associação significativa entre o IMC e os escores de compulsão alimentar.³⁵ O TCAP provavelmente está mais relacionado à baixa QV por se tratar de um transtorno que afeta diretamente o emocional e debilita a saúde mental de suas portadoras, equiparando-se com outros transtornos.^{33,34}

Cumprе ressaltar que o TCAP impactou de forma muito mais importante do que o IMC para a QV. Além disso, quanto mais grave o TCAP, pior foi a QV das mulheres, e isso pode ser constatado de forma independente ao IMC que elas possuíam.

CONCLUSÃO

Em uma amostra de mulheres com sobrepeso e obesidade que frequentam UBS, a frequência de CA foi próxima a 50% e parece se associar a uma pior QVRS em diferentes domínios. Mais do que isso, a gravidade da CA parece ter uma associação mais importante que a gravidade da obesidade em diferentes aspectos da QVRS. São necessários agora estudos que possam avaliar se o tratamento da CA, independente da perda de peso corporal, pode ter um efeito significativo melhorando a QV de mulheres com excesso de peso.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Ana Luíza Fonseca Xavier - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Carla Rodrigues Bolsoni - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Débora Milene Diniz - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Gustavo Pompei Matta - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Laura Galhardo Brun - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Mariana Fernanda Lopes Felício - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Samara Maia Silva - Participou ativamente da concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados; contribuiu substancialmente na elaboração do artigo, além de ter revisado criticamente o seu conteúdo intelectual.

Anna Marcella Neves Dias - Contribuíram com revisões críticas e conteúdo intelectual para a redação da versão final e aprovação da versão final.

Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes - Contribuíram com revisões críticas e conteúdo intelectual para a redação da versão final e aprovação da versão final.

Rodrigo Oliveira Moreira - Contribuiu significativamente na concepção e desenho dos estudos, na análise e interpretação dos dados e com revisões críticas e conteúdo intelectual para a redação da versão final e aprovação da versão final.

CONFLITO DE INTERESSE

Ana Luíza Fonseca Xavier, Débora Milene Diniz, Gustavo Pompei Matta, Laura Galhardo Brun, Mariana Fernanda Lopes Felício, Samara Maia Silva, Anna Marcella Neves Dias, Nathália Barbosa do Espírito Santo Mendes e Rodrigo Oliveira Moreira não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC-JF) pelo apoio dado para a realização deste trabalho e aos seus respectivos alunos pela participação nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/> . Acesso em 07 de julho de 2021.
2. López JN, Ramírez JP, Sánchez PM. La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(6): 1721-29.
3. Araujo FM, González AD, Silva LC, Garanhani ML. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. *Saúde soc*. 2019; 28(2): 249-60.
4. 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*. 2013; 34(4): 121-9.
5. Ferreira NN, Lima RPB, Melo MCB, Barbosa LNF. Avaliação da qualidade de vida de obesos pretendentes à cirurgia bariátrica. *Psic Saúde & Doenças*. 2019; 20(1): 1-15.
6. Ministério da Saúde. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. <https://www.inca.gov.br/noticias/brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-dos-ultimos-treze-anos-de-acordo-com-pesquisa>. Acesso 07 de Julho de 2021.
7. Malta DC, Silva AG, Tonaco LAB, Freitas MIF, Velasquez-Melendez G. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(9):1-8.
8. Canella DS, Novaes HMD, Levy RB. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(11): 2331-41.
9. Santos LVTS, Caceres LA, Pegolo GE. Insegurança Alimentar, consumo de alimentos e estado nutricional de mulheres de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Interações Campo Grande*. 2019; 20(3):831-44.
10. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7): 1-12.

11. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2010; 20(3): 359-66.
12. Melo PG, Peixoto MGR, Silveira SEA. Prevalência de compulsão alimentar de acordo com graus de obesidade e fatores associados em mulheres. *Rev. bras. Psiquiatr.* 2015; 64(2):100-6.
13. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Current Obesity Reports, United States* .2015; 4(3):363-70.
14. Ferreira RAB, Benicio MHDA. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(4/5):337-42.
15. Castano LST, Rueda JDG, Aguirre CC. Fatores sociais e econômicos associados à obesidade: efeitos da iniquidade e pobreza. *Ver. Gerenc. Polit. Salud* 2012;11(23): 98-110.
16. Klobukoski C, Höfelmann DA. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Cad. saúde colet.* 2017; 25(4): 443-52.
17. Pisciolaro F, Azevedo AP. Transtornos alimentares e obesidade. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Phillippi ST, editores. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Manole 2011; 85-98.
18. Bolognese M, Silva D, Bianchini J, Nardo C, Bennemann RM, Junior N. Transtorno de compulsão alimentar periódica: fatores associados em adolescentes sobrepesados e obesos. *Psic. Saúde & Doenças*. 2018; 19(3): 755-63.
19. Araújo AC, Lotufo Neto F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2014; 16(1): 67-82.
20. American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso 07 de Julho de 2021.
21. Bertoli S, Leone A, Ponissi V, Bedogni G, Beggio V, Strepparava MG et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutr.* 2016;19(1):71-7.

22. Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(3): 431-49.
23. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1403-9.
24. Soares ASI. Qualidade de Vida em Mulheres que Procuram Tratamento para a Obesidade: Estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psic., Saúde & Doenças*. 2011; 12(2): 235-54.
25. Torres PKD, Rosa MLG, Moscovitch SD. Interação entre gênero e obesidade na qualidade de vida de adultos atendidos pelo programa médico de família em Niterói Brasil *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(5):1617-24.
26. Moreno N, Moncada S, Llorens C, Carrasquer P. Double presence, paid work, and domestic-family work. *New Solut.* 2010; 20(4):511-26.
27. Freitas S, Lopesa CS, Coutinho W, Appolinario JC. Escala de Compulsão Alimentar Periódica BES (Binge Eating Scale). *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4):215-20.
28. Silva CYB, Sousa SEM. Prevalência da compulsão alimentar periódica e avaliação do consumo alimentar de indivíduos com excesso de peso. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(3): 326-33.
29. Klobukoski C, Höfelmann DA. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Cad. saúde colet.* 2017; 25(4): 443-52.
30. Bertoli S, Leone A, Ponissi V, Bedogni G, Beggio V, Strepparava GM, et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutrition* 2021; 19(1): 71–77.
31. Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(3): 431-49

32. Costa AJRB, Pintos SL. Disorder of food compulsion journal and quality of patient's life candidates for surgery bariatric ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) 2015, (28), 52-5.
33. Dahl KJ, Kjelsås EV, Engum B, Kulseng B, Mårvik R, Eriksen L. Health-related quality of life in obese pre-surgery patients with and without binge eating disorder and underdiagnosed eating disorders. Journal of obesity. 2013:1-7.
34. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev. Med. Minas Gerais. 2010; 20(3): 359-66.
35. Bittencourt AS, Santos PL, Moraes DFJ, Oliveira MS. Anxiety symptoms and depression in women with and no compulsion disorder periodic food registered in weight loss programs. Trends in psychiatry and psychotherapy 2012; 34(2):87–92.

APÊNDICES

Tabela 1 – Qualidade de vida relacionada à Saúde em uma amostra de mulheres com sobrepeso e obesidade de acordo com a presença de Compulsão Alimentar pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

Tabela 1	Sem Compulsão Alimentar (ECAP $\leq$ 17)	Com Compulsão Alimentar (ECAP $>$ 17)	p
Questão 1	73,53 $\pm$ 14,60	68,26 $\pm$ 16,90	0,004
Questão 2	66,70 $\pm$ 18,44	62,13 $\pm$ 20,48	0,026
Domínio Físico	61,87 $\pm$ 17,35	52,77 $\pm$ 15,90	<0,001
Domínio Psicológico	63,05 $\pm$ 14,64	53,61 $\pm$ 15,44	<0,001
Domínio Ambiental	57,39 $\pm$ 12,07	51,64 $\pm$ 13,82	0,0001
Domínio Social	68,66 $\pm$ 17,86	59,66 $\pm$ 22,43	0,0010

Tabela 2 – Correlação entre a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e o Índice de Massa Corporal (IMC) com os diferentes itens da qualidade de vida relacionada à saúde avaliada pela WHOQoL-BREF.

Tabela 2	Escala da Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)	Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)
Questão 1	r = -0,23; p<0,001	r = -0,08; p=0,11
Questão 2	r = -0,23; p<0,001	r = -0,13; p=0,017
Domínio Físico	r = -0,35; p<0,001	r = -0,24; p<0,001
Domínio Psicológico	r = -0,39; p<0,001	r = -0,19; p=0,0006
Domínio Ambiental	r = -0,21; p<0,001	r = -0,10; P=0,066
Domínio Social	r = -0,24; P<0,001	r = -0,11; p=0,04