



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

PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA

**TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR, INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM
CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE RECIFE - PE**

Recife
2024

PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA

**TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR, INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM
CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE RECIFE - PE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para fins de obtenção do título de Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Neurociências.

**Orientadora: Rosana Christine Cavalcanti
Ximenes**

Co-orientadora: Nathalia Alves da Silva

Recife

2024

PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA

**TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR, INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM
CORPORAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE RECIFE – PE**

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

Aprovado em: 07/06/2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a Rosana Christine Cavalcante Ximenes (Presidente da banca)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr^a Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof Dr^a Lisiane dos Santos Oliveira (Examinadora externa)
CAV/Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Diego Cabral Lacerda (Examinador externo)
CAV/Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. José Jailson Costa do Nascimento (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Priscila Maia Ferreira.

Transtorno de compulsão alimentar, insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adultos de Recife - PE / Priscila Maia Ferreira Silva. - Recife, 2024.

96f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2024.

Orientação: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes.

Coorientação: Nathalia Alves da Silva.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtorno de compulsão alimentar; 2. Ansiedade; 3. Depressão; 4. Adulto. I. Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti. II. Silva, Nathalia Alves da. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Dedico este trabalho aos meus pais, Cícero e Conceição, por todo suporte, ensinamento, amor e dedicação ao longo da minha vida.

À minha filha, minha razão de viver, aos meus irmãos e melhores amigos.

Ao meu amor e companheiro da vida, Caio Lima, pela compreensão e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me capacita, me renova todos os dias. És minha alegria de viver!

À Professora Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, pela sua amizade, orientação, tempo e dedicação disponibilizados. Pela confiança e oportunidade de trabalho, pelo incentivo para superação dos meus limites. Obrigado também pela sua extrema cordialidade e pelas palavras encorajadoras e estimulantes para seguir em frente. Palavras não poderiam ser suficientes para expressar toda minha gratidão pela sua vida.

À professora Nathalia Alves, por todo suporte dado ao longo desses anos, além da sua amizade e disponibilidade infindável, serei eternamente grata pelo seu carinho.

Aos Professores pelos conhecimentos transmitidos e tempo disponibilizado, que foram muito importantes para conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pela qualidade de ensino oferecida e competência de todos os professores, coordenadores e funcionários, sempre muito prestativos e atenciosos.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Rafael, Yan, Ygor, Carolina e Rijvelly por caminharmos juntos, incansavelmente, nas coletas de dados. Serei eternamente grata a todos vocês.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, Cícero e Conceição, e minha filha, Lara, por tudo que fizeram ao longo da minha existência e por estarem comigo nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido e eterno companheiro, Caio Lima, pelo amor recebido, pela compreensão demonstrada, e pelo apoio incondicional em todos os momentos vividos.

“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes”.

(Isaac Newton)

RESUMO

A insatisfação com a imagem corporal e o transtorno de compulsão alimentar podem apresentar consequências devastadoras para o indivíduo, podendo levar a prejuízos no comportamento alimentar, no desempenho psicossocial, físico e cognitivo e, ainda, a transtornos de ansiedade e depressão. A relação entre o transtorno de compulsão alimentar e obesidade apresenta-se bem estabelecida e nos estudos, visto que grandes quantidades de alimento ingeridas podem contribuir para essa condição. Assim, podem associar-se ao transtorno de compulsão alimentar as comorbidades relacionadas ao excesso de gordura corporal, tais como depressão, transtornos de personalidade e ansiedade. Objetivo: Determinar a prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar e Insatisfação com a imagem corporal em adultos da cidade do Recife e verificar possíveis correlações com fatores associados. Métodos: Trata-se de um estudo analítico, transversal, que foi realizado em 415 adultos residentes na cidade do Recife – PE, Brasil, atendidos pela clínica escola de nutrição de uma instituição privada de ensino superior. Foram coletadas informações demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicológicas/de saúde mental, estado nutricional, nutrição e de consumo alimentar. Os dados foram analisados através dos testes Qui-quadrado ou teste exato de Fisher para comparar proporções. Para verificar a associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com o transtorno de compulsão alimentar, insatisfação corporal e percepção da imagem corporal, foram realizadas análises de regressão logística. Resultados: Foi encontrada uma prevalência de 13.2% para o transtorno de compulsão alimentar e 20,2% de insatisfação com a imagem corporal. Dentre os indivíduos que apresentavam compulsão alimentar moderada (9.6%) e grave (3.6%), a maioria foi classificada com obesidade ($p < 0.001$), possuíam percentual de gordura corporal excessiva ($p = 0.001$), apresentavam insatisfação corporal ($p = 0.02$), percepção corporal alterada ($p = 0.01$), ansiedade ($p < 0.001$), depressão ($p < 0.001$) e transtorno ansioso depressivo ($p < 0.001$), além de apresentarem transtorno do sono ($p = 0.001$) e adicionarem alimentos como forma de compensação ($p < 0.001$). Não foram encontradas diferenças quanto à presença de transtorno de compulsão alimentar em relação ao sexo, idade e classe econômica. Conclusões: Foram encontradas prevalências elevadas de compulsão alimentar e de insatisfação com a imagem corporal, associadas à obesidade, elevado percentual de gordura corporal, percepção corporal alterada, ansiedade, depressão e qualidade do sono.

Palavras-chave: transtorno de compulsão alimentar; ansiedade; depressão; adulto.

ABSTRACT

Dissatisfaction with body image and binge eating disorder can have devastating consequences for the individual, and can lead to impairments in eating behavior, psychosocial, physical and cognitive performance, as well as anxiety and depression disorders. The relationship between binge eating and obesity is well-established in studies, as large quantities of food eaten can contribute to this condition. Binge eating disorder can also be associated with comorbidities related to excess body fat, such as depression, personality disorders and anxiety. Objective: To determine the prevalence of Binge Eating Disorder and Body Image Dissatisfaction in adults in the city of Recife and to check for possible correlations with associated factors. Methods: This was an analytical, cross-sectional study of 415 adults living in the city of Recife - PE, Brazil, who attended the nutrition school clinic of a private higher education institution. Demographic, socioeconomic, behavioral, psychological/mental health, nutritional status, nutrition and food consumption information was collected. The data was analyzed using the Chi-square test or Fisher's exact test to compare proportions. Logistic regression analyses were performed to verify the association between behavioral and psychological factors and binge eating, body dissatisfaction and body image perception. Results: A prevalence of 13.2% was found for binge eating disorder and 20.2% for body image dissatisfaction. Among the individuals who had moderate (9.6%) and severe (3.6%) binge eating, the majority were classified as obese ($p < 0.001$), had excessive body fat percentage ($p = 0.001$), had body dissatisfaction ($p = 0.02$), altered body perception ($p = 0.01$), anxiety ($p < 0.001$), depression ($p < 0.001$) and anxious-depressive disorder ($p < 0.001$), as well as having a sleep disorder ($p = 0.001$) and adding food as a form of compensation ($p < 0.001$). No differences were found in the presence of binge eating disorder in relation to gender, age or economic class. Conclusions: There was a high prevalence of binge eating disorder and body image dissatisfaction associated with obesity, high body fat percentage, altered body perception, anxiety, depression and sleep quality.

Keywords: binge eating disorder; anxiety; depression; adult.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Compulsão alimentar de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. 40
- Tabela 2 – Insatisfação corporal de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. 42
- Tabela 3 – Percepção da imagem corporal de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. 44
- Tabela 4 – Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a compulsão alimentar em adultos. 46
- Tabela 5 – Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a insatisfação corporal em adultos. 46
- Tabela 6 – Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a percepção da imagem corporal em adultos. 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO - Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AN - Anorexia Nervosa

APA - Associação Psiquiátrica Americana

BN - Bulimia Nervosa

CCK - Colecistocinina

DA - Dependência Alimentar (DA)

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição

DXA - Absorciometria de raios-X de dupla energia

ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

GLP-1 - Peptídeo 1 semelhante ao glucagon

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IMC - índice de massa corporal

NPY - Peptídeo YY

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR - PROTEÍNA C REATIVA

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PSQI - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

QDIC - Questionário de Desejos Intensos por Comida

QEWP-R - Questionário Sobre Padrões de Alimentação e Peso-Revisado

SCN - Síndrome do Comer Noturno

TA - Transtorno alimentar

TCA - Transtorno de Compulsão Alimentar

USG - ressonância magnética e ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3	HIPÓTESE	30
4	OBJETIVOS	31
4.1	Objetivo geral	31
4.2	Objetivos específicos	31
5	MÉTODOS	32
5.1	Desenho do estudo	32
5.2	Local, população de estudo e período de referência	32
5.3	Processo de amostragem	32
5.4	Estudo piloto	33
5.5	Equipe de coleta e calibração intra-examinador	33
5.6	Coleta de dados	33
5.6.1	Avaliação dos aspectos demográficos e socioeconômicos	34
5.6.2	Avaliação antropométrica	33
5.6.3	Avaliação do Transtorno de Compulsão alimentar	35
5.6.4	Avaliação dos aspectos relacionados à saúde mental	36
5.6.5	Avaliação da Qualidade de sono	36
5.6.6	Avaliação do consumo alimentar	37
5.6.6	Avaliação da imagem e insatisfação corporal: Escala de Silhuetas	37
5.7	Processamento e análise dos dados	38
5.8	Aspectos éticos	38
6	RESULTADOS	39
7	DISCUSSÃO	48
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	Apêndice A - ORIENTAÇÕES ASSOCIADAS AO DOUTORADO	63

Apêndice B - TCLE	64
Anexo A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO – ABEP 2020	66
Anexo B - ESCALA DE SILHUETAS	67
Anexo C - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	68
Anexo D - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI)	69
Anexo E - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)	73
Anexo F - ESCALA DE CONSUMO ALIMENTAR DE YALE MODIFICADA (MYFAS 2.0)	75
Anexo G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	78
Anexo H - HISTÓRICO ESCOLAR INTEGRALIZADO	86
Anexo I - PRODUÇÃO CIENTÍFICA - PUBLICADOS	88
Anexo J - PRODUÇÃO CIENTÍFICA - SUBMETIDOS	91
Anexo K - PRODUÇÃO ACADÊMICA	92
Anexo L - PUBLICAÇÃO DE E-BOOK	93
ANEXO M - PARTICIPAÇÃO DE EVENTOS E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS NA ÁREA DE NEUROCIÊNCIAS.	94

1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal é uma representação mental que cada indivíduo realiza sobre seu próprio corpo. Essa construção inclui diferentes componentes, como tamanho corporal, emoções, aspectos cognitivos e ligação afetiva com o próprio corpo, e essa relação pode ser construída e desconstruída ao longo da vida, através de experiências sociais e emocionais vivenciadas pelos indivíduos (Borinsky; Gaughan e Feldman, 2019).

Está diretamente relacionada com a autoestima, que consiste em satisfação pessoal e, acima de tudo, estar bem consigo mesmo, já a insatisfação com a imagem corporal é consequência da discrepância que resulta da importância dada à aparência física estabelecendo altos padrões de beleza e está associada a baixa autoestima e limitações psicossociais, que podem predispor o indivíduo a quadros depressivos e de isolamento social. (Freitas et al. 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), cerca de 300 milhões de pessoas e 264 milhões apresentam depressão e ansiedade, respectivamente, sendo tais taxas relacionadas ao estresse, crescimento e envelhecimento da população. O comportamento alimentar apresenta uma forte ligação com as alterações de ordem psicológica e emocional, fazendo com que o indivíduo supra suas carências emocionais e afetivas através de episódios alimentares compulsivos, em busca de uma sensação momentânea de satisfação e prazer. As implicações dessa compensação no alimento estão relacionadas com o desenvolvimento de hábitos como compulsão por alimentos de alta densidade energética, despreocupação com a saúde e desmotivação para práticas esportivas, com mudanças no estilo de vida e padrão alimentar, interferindo diretamente a qualidade de vida desses indivíduos e aumentando sua predisposição a outras comorbidades (Melca; Fortes, 2014).

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) é um distúrbio do comportamento alimentar e a sua psicopatologia central se caracteriza pela ingestão impulsiva de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo bem delimitado, seguido da impressão de perda de controle sobre o ato de comer. Conforme os critérios estabelecidos pelo DSM-5, esses episódios devem ocorrer pelo menos uma vez por semana, por um período mínimo de três meses, e estar associados a um significativo sofrimento relacionado à compulsão alimentar (Giel et al, 2023, Aguiar et al., 2023).

A epidemiologia do TCA ainda está emergindo e a sua prevalência mundial para os anos 2018-2020 é estimada em 0,6–1,8% em mulheres adultas e 0,3–0,7% em homens adultos (Giel et al, 2023). Estudos recentes mostram que nos últimos anos, as maiores prevalências do transtorno foram encontradas em adolescentes, com um percentual variável de 1,8–3,6% em meninas e 0,2–1,2% em meninos (Mitchison et al, 2020, Olsen et al, 2020).

A relação entre o TCA e obesidade apresenta-se sempre significativa nos estudos, visto na medida em que as grandes quantidades de alimento ingeridas podem contribuir para essa condição. Assim, podem associar-se ao TCA as comorbidades relacionadas com o excesso de gordura corporal, tais como depressão, transtornos de personalidade e ansiedade (Morgan; Vecciatti e Negrão, 2002, Cauduro; Paz e Pacheco, 2018). Além disso, estudos recentes como de Fusco et al (2020) tem mostrado a estreita relação entre o TCA, qualidade de sono e ansiedade, onde 83% dos indivíduos deste estudo apresentaram qualidade do sono ruim e 96% dos participantes apresentaram no mínimo ansiedade moderada, sendo evidências epidemiológicas que relacionam quantidade e qualidade do sono como associadas a transtornos alimentares e ansiedade.

Os estudos de prevalência habitualmente se direcionam ao período da adolescência, já que esta fase é considerada grupo de risco para transtornos alimentares e de imagem corporal. Estudos como Carmo et al. (2017) e Rentz-Fernandes (2017), demonstraram que adolescentes com sobrepeso e obesos (30%) apresentaram maior insatisfação corporal, associados à depressão e baixa autoestima. Ainda, segundo Carmo et al. (2017) a prevalência de insatisfação corporal, independente do estado nutricional, é elevada (81% no sexo feminino e 76% no sexo masculino) e apresenta associação, em ambos os sexos, com o índice de massa corporal (IMC) e percentual de gordura corporal.

Por apresentar sérios riscos à saúde e levando em consideração as suas principais comorbidades (depressão maior, transtornos alimentares e de ansiedade, risco, ideação e tentativa de suicídio), este estudo pretendeu estimar a prevalência de compulsão alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adultos na cidade do Recife, verificando as associações independentes com seu perfil antropométrico, seus hábitos e comportamentos alimentares e estado psicológico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Insatisfação Corporal e Transtornos Alimentares

A imagem corporal está associada a fatores internos e externos como variáveis fisiológicas, psicológicas e antropométricas. Apesar disso, evidências apontam para a importância dos determinantes sociais nos sentimentos de satisfação/insatisfação com o corpo, especialmente na adolescência, que envolve um período transitório com diversas alterações físicas e psicológicas. Uma vez que se iniciam as mudanças corporais, que podem ocorrer de forma insatisfatória, facilitando o desenvolvimento de uma autoavaliação distorcida da auto imagem (Silva et al., 2018; Felden et al., 2015). A insatisfação corporal é um distúrbio proveniente da imagem corporal, que envolve as esferas: avaliativa, que é a diferença entre o corpo real e o considerado ideal, e a esfera afetiva, que é quanto o indivíduo sofre com a diferença. A insatisfação corporal é multidimensional e pode estar conectada de forma isolada ou conjunta ao peso, às formas corporais e à aparência (Souza et al., 2016).

A insatisfação corporal, juntamente com a preocupação com a forma corporal e a prática de dietas, são vistas como possíveis fatores predisponentes para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TAs) e transtornos de Imagem. Da mesma forma, percebe-se que a insatisfação com o corpo está associada com baixa autoestima e limitações no desempenho psicossocial, com associações aos quadros depressivos (Triches e Giugliani, 2007, Kakeshita et al, 2009). Ademais, sabe-se que, independentemente das possíveis causas da insatisfação corporal, as suas consequências podem ser devastadoras, podendo, por exemplo, levar ao prejuízo na autoestima, nos comportamentos alimentares, nos desempenhos psicossocial, físico e cognitivo, e ainda a TAs (Triches e Giugliani, 2007).

Os TAs estão validados como transtornos mentais no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 - TR - 5ª edição) e Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11), e aparecem divididos em 3 subtipos: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Compulsão Alimentar (TCA). Seus critérios diagnósticos periodicamente sofrem atualizações no manual para prática clínica.

A AN é uma desordem do comportamento alimentar que consiste na recusa do indivíduo em manter o peso corporal na faixa normal mínima, de acordo com sua idade e

altura, utilizando, assim, de restrições dietéticas na intenção de acelerar a perda de peso e quadros de inanição (Claudino e Borges, 2002). No que diz respeito aos critérios diagnósticos, na atualização para o DSM-5, a exigência de amenorreia em mulheres foi removida do quadro, pois concluiu-se que esta não era considerada uma característica definidora. A presença de comportamentos persistentes que interferem no ganho de peso foi adicionada ao Critério B, que descreve o medo intenso de ganhar peso ou engordar (Araújo e Neto, 2014). Já a BN caracteriza-se pela ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, seguida de vômitos auto induzidos ou uso de métodos purgativos, seguidos de exercícios físicos, com finalidade de compensação para evitar o ganho de peso (Bacaltchuk e Hay, 1999). Seu diagnóstico sofreu uma mudança na atualização da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, APA, 2002), no que diz respeito à frequência exigida de crises bulímicas e comportamentos compensatórios. Anteriormente, eram necessárias pelo menos duas crises por semana, por três meses. No DSM-5, a frequência foi alterada para uma vez por semana, por três meses. Embora a Associação Psiquiátrica Americana (APA) argumente que as características clínicas dos pacientes com esse limiar sejam semelhantes, muitos profissionais criticaram a mudança pelo risco de erros no diagnóstico, que aumentam a incidência do transtorno (Araújo e Neto, 2014).

Por fim, o TCA caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de alimento num período de cerca de duas horas, ocorrendo em, pelo menos, dois dias por semana, durante seis meses, associado à perda de controle alimentar, sentimento de angústia e não deve ser seguido de comportamentos compensatórios para o controle de peso (Appolinário, Cordás e Claudino, 2004). Em 1994, esse transtorno foi apresentado no DSM-IV-TR e desde então passa por alterações quanto aos critérios diagnósticos (APA, 2002). Na quinta edição do Manual, DSM-5, houve o deslocamento e a mudança do Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), com critérios diagnósticos mais específicos (APA, 2014), que serão descritos na seção a seguir.

2.2 Transtorno de Compulsão Alimentar

O TCA se trata de um transtorno relativamente comum na população em geral, com prevalência em torno de 1,3% (Hoek, 2016). No entanto, esta estimativa pode aumentar

substancialmente se aplicada a uma população com obesidade, sem distinção de sexo, devido a outros fatores que envolvem o apetite e o emocional (Kessler et al., 2013). Um estudo brasileiro, no estado de Pernambuco, com 254 participantes obesos pré-cirurgia bariátrica, onde 82% eram mulheres, apresentou uma prevalência de quase 90% de algum grau de TCA na amostra, onde 42,1% apresentaram TCA grave (Aguilar et al., 2023).

Um estudo sobre Saúde Mental, em 2013, forneceu as primeiras estimativas populacionais da prevalência de TCA entre adultos em diferentes países e descobriu que a prevalência das estimativas variou amplamente dependendo das regiões (Kessler et al., 2013). Muitos estudos mostram que o TCA é mais comum em mulheres (2,1 a 3,5%) do que os homens (0,9 a 2,0%) e em indivíduos obesos (5% a 30%) (Hudson et al. 2007; Brownley, 2016).

O TCA foi inicialmente descrito como a ingestão de grandes quantidades de alimentos em um curto período, geralmente seguido por sentimento de culpa e vergonha devido à quantidade de comida ingerida, autocondenação e sensação de descontrole sobre o ato de comer (Stunkard, 1959). Na nova classificação, do DSM-5, o TCA foi descrito com uma categoria diagnóstica própria, onde o paciente é considerado com sintomas positivos caso apresente ao menos um episódio de compulsão por semana, por, no mínimo, três meses. Já na antiga edição, o indivíduo era diagnosticado ao apresentar episódios de compulsão alimentar duas vezes por semana, por um período mínimo de seis meses. Além das alterações nos critérios para o diagnóstico, o transtorno passou a ser Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), não mais Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), ocasionalmente pela diminuição do limiar de periodicidade (APA, 2014).

Conforme o DSM-5, a gravidade do TCA se baseia na frequência dos episódios de compulsão, onde: 1 a 4 episódios de compulsão por semana classificam o TCA como leve; 4 a 7 episódios por semana classificam como moderado; 8 a 13 episódios semanais classifica como grave; e, na classificação extrema, o indivíduo precisa apresentar 14 ou mais episódios de compulsão por semana (APA, 2014).

O diagnóstico do TCA deve ser confirmado através de uma entrevista clínica, seguindo os critérios estabelecidos no DSM-5 e por meio da aplicação de escalas específicas (Silveira, 2018). A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) permite o rastreamento de TCA, avaliação e evolução do tratamento dos pacientes, auxiliando no planejamento de estratégias adequadas. A escala consiste em um questionário auto-

aplicável, desenvolvido por Gormally et al. (2012) e envolve características de compulsão alimentar relacionadas com manifestações comportamentais, sentimentos e cognições relacionadas à alimentação e ao peso corporal (Freitas, 2001).

Outros questionários que podem ser auxiliares no rastreamento da compulsão, são: o Questionário Sobre Padrões de Alimentação e Peso-Revisado (QEWP-R), que além de auxiliar no diagnóstico do TCA, fornece regras de informação para a diferenciação de TCA e bulimia nervosa purgativa ou não purgativa (Borges, 2005); e o Questionário de Desejos Intensos por Comida – Estado ou Traço (QDIC-E e QDIC-T), o qual avalia desejos intensos por diferentes alimentos, sem restringi-los à categorias específicas, além de avaliar aspectos psicológicos, cognitivos e comportamentais relacionados ao ato de comer (Uljan et al., 2017).

2.3 Neurofisiologia do Transtorno de Compulsão Alimentar

A ingestão alimentar é regulada através da integração dos sinais hormonais, neurais e comportamentais (Yu et al, 2021). O mecanismo fisiopatológico do TCA ainda não está completamente elucidado na literatura, porém estudos demonstram que alterações nos circuitos neurais e mecanismos fisiológicos estão ligados à sintomatologia positiva deste transtorno (Harb et al, 2010; Yu et al, 2021).

A base neurológica da compulsão alimentar é composta pelo hipotálamo, estrutura que regula o equilíbrio energético e os sistemas motivacionais, como a ingestão de alimentos estimulada pelos hormônios intestinais (Voon, 2015). O circuito corticoestriatal desempenha uma função crucial no controle de diversos comportamentos relacionados ao sistema de recompensa, incluindo tomada de decisão e formação de hábitos, e envolvem a amígdala, o núcleo accumbens, a área tegmentar ventral e o córtex pré-frontal orbitofrontal/ventromedial. Já as regiões corticais, responsáveis pelo controle inibitório, compreendem o córtex pré-frontal dorsolateral, o córtex cingulado anterior, o giro frontal inferior e a ínsula. Alterações de circuitos nestes três sistemas durante os episódios de compulsão alimentar, refletem diretamente no controle inibitório e resultam em impulsividade (Balodis et al, 2013).

Além das estruturas cerebrais que regulam o comportamento alimentar, o controle da ingestão alimentar é realizado por diferentes hormônios peptídicos, incluindo grelina,

leptina e insulina que são secretados diretamente pelo trato gastrointestinal e se comunicam predominantemente com as regiões cerebrais envolvidas na regulação homeostática e promovem fome ou saciedade (Yu et al, 2021). A grelina é secretada pelo trato gastrointestinal aumentando a motivação para buscar alimentos, enquanto a leptina é secretada pelos adipócitos e atua no sistema nervoso central, aumentando os sinais de saciedade. Da fome aos estados de saciedade, uma cascata de sinais endócrinos de saciedade, além da grelina e da leptina, apoiam a conclusão da refeição através da liberação de hormônios peptídicos como a colecistocinina (CCK), o peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1) e o peptídeo YY (NPY). Além disso, outros neurotransmissores, como a dopamina, modulam a ingestão alimentar, regulando aspectos satisfatórios dos alimentos, como o aumento da palatabilidade (Hernandez, 2019; Karra, 2010).

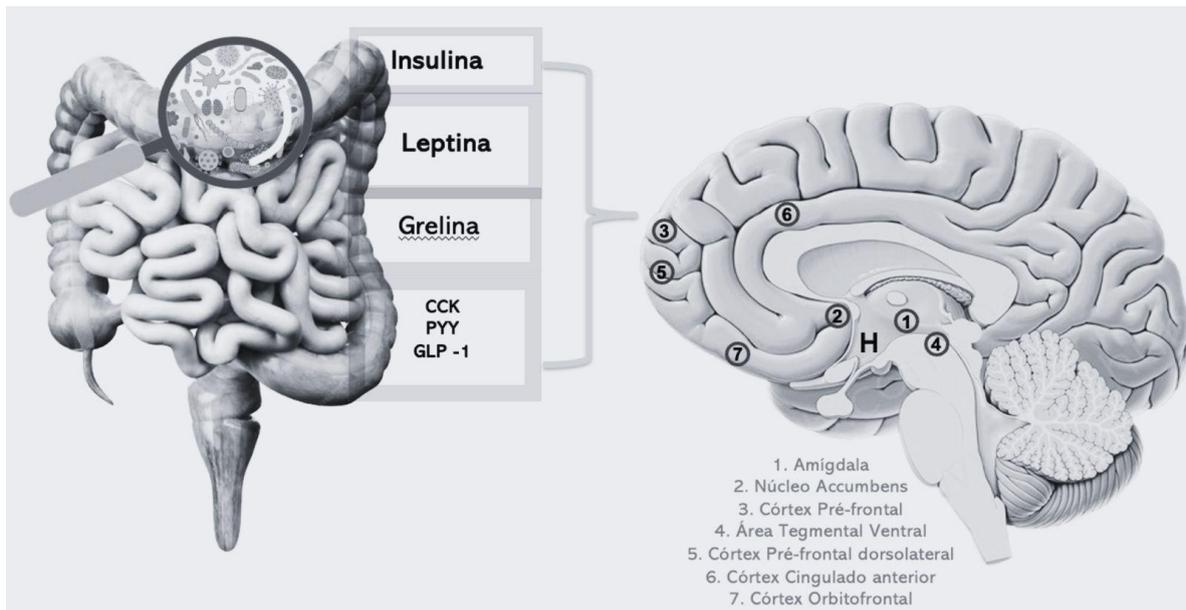
Estudos com pacientes positivos para compulsão alimentar demonstraram que a leptina aumentou significativamente menos após as refeições para indivíduos com compulsão em comparação com aqueles que não tinham TCA (Hernandez, 2019). Outro estudo comparou os valores basais em jejum de todos os três peptídeos e verificou que foram comparáveis entre os participantes com o TCA e os controles. Além disso, também foi notado um aumento maior induzido pela refeição em CCK e PYY em comparação com os controles, enquanto a grelina apresentou diferença significativa (Munsch, 2009).

Transtornos alimentares, estresse, ansiedade e alterações na dieta causam alterações na composição do microbioma intestinal, podendo ocasionar uma condição denominada disbiose intestinal. Essa condição acarreta uma série de consequências no sistema imunológico, aumenta os mecanismos de inflamação e conseqüentemente prejudica o funcionamento neural (Tapia et al, 2021). Um número crescente de estudos confirma a relação entre a composição da microbiota intestinal e a regulação do apetite, do humor e da massa corporal, através do eixo cérebro-intestino, visto que a microbiota pode sofrer alterações em decorrência do estresse e da alimentação inadequada, e por consequência desregular integridade da barreira intestinal e o viabilizar a migração de bactérias gram negativas para o cérebro, resultando neuroinflamação e desregulação dos circuitos neurais. Ademais estudos recentes sobre microbiota e transtornos de humor e de alimentação indicaram que pacientes com sintomatologia positiva tais transtornos, apresentam um perfil específico da microbiota intestinal, e esse desequilíbrio pode ser

parcialmente restaurado após uma suplementação probiótica (Bandelow e Michaelis, 2015 ; Herman, 2021).

Apesar disso, os estudos sobre o impacto do microbiota intestinal no TCA ainda estão em testes e nenhuma recomendação pode ser feita sobre novos tratamentos direcionados à microbiota intestinal, até que estudos em maior escala, padronizados e bem controlados sejam concluídos (Chen, 2021).

Figura 1. Esquema fisiológico e circuitos neurais envolvidos na fisiopatologia do TCA.



Fonte: figura criada pelo autor.

2.4 Estado nutricional e compulsão alimentar

Tanto o sobrepeso, quanto a obesidade são caracterizados pelo aumento de peso devido ao excesso de gordura corporal. Contudo, o sobrepeso é definido como o IMC entre 25,0 - 29,9 kg/m² e está associado a uma menor porcentagem de gordura corporal ao ser comparado com a obesidade. Enquanto a obesidade é determinada a partir de um IMC acima de 30 kg/m² e apresenta 3 diferentes graus que indicam sua gravidade (Brasil, 2021).

Estudos que avaliaram a prevalência de transtornos mentais em indivíduos com obesidade apresentaram percentuais de TCA entre 3,3 e 5,5%. Esses resultados sugerem uma correlação direta entre prevalência de TCA e IMC, ocasionando uma positividade na

ascendência simultânea entre a compulsão alimentar e o IMC (Herpertz et al 2006). A Pesquisa Mundial de Saúde Mental da OMS relatou que 30,7% dos indivíduos com TCA ao longo da vida tinham excesso de peso e 32,8% sofriam de obesidade (Kessler, 2013).

A prevalência do excesso de peso aumentou consideravelmente no Brasil e no mundo. De acordo com a OMS, o sobrepeso e a obesidade já atingiram cerca de dois bilhões de pessoas no mundo todo, representando cerca de 39,0% da população mundial (Chooi, 2019; Malveira, 2021). A Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) estima que em 2025 a quantidade de indivíduos acima do peso ao redor do mundo seja de 2,3 bilhões, onde 700 milhões serão pessoas com obesidade (ABESO, 2019; Souza, 2015).

Diante da última pesquisa Vigitel, realizada no ano de 2019, é possível observar que essa doença crônica aumentou em 72% no Brasil. Ademais, foi observada uma frequência semelhante entre homens e mulheres, visto que a porcentagem de homens com sobrepeso foi de 57,1% e de mulheres 53,9%, enquanto os dados de obesidade foram 18,7% para a população masculina e 20,7% para a população feminina (ABESO, 2019).

Apesar do TCA mostrar-se associado a diversos fatores e transtornos de dependência, suas maiores taxas de prevalência estão associadas à obesidade. Da mesma forma, o ato de desejar comer excessivas quantidades de alimentos, geralmente com densidade calórica alta, reporta a Dependência Alimentar (DA), que é um conceito de interesse crescente que recentemente tem sido intimamente relacionado ao TCA, porém não tem critérios bem definidos, nem reconhecidos por entidades diagnósticas (Schulte e Gearhardt, 2017). Estudos anteriores descobriram que cerca de 50% dos adultos obesos diagnosticados com TCA também preenchiam critérios para DA (Davis et al, 2011) avaliado com a Escala de Dependência Alimentar de Yale (YFAS). Da mesma forma, estudos recentes mostraram uma alta porcentagem (ou seja, variando de 76,9 a 87,2%) de DA em pacientes com TCA que foram rastreados com o YFAS (Gearhardt, 2013).

Para melhor compreensão das alterações morfofisiológicas e suas possíveis consequências na obesidade e TCA, pesquisadores têm se utilizado de métodos de neuroimagem. As evidências dos estudos de neuroimagem relatam anormalidades estruturais e fatores de vulnerabilidade neural relacionados à obesidade e TCA. Em relação à obesidade, uma revisão sobre neuroimagem e neuromodulação observaram uma diminuição no metabolismo basal do córtex pré-frontal e estriado, bem como alterações

dopaminérgicas em indivíduos com obesidade; ao mesmo tempo, eles apresentaram ativação aumentada de áreas cerebrais de recompensa em resposta a sugestões alimentares palatáveis, o que poderia desencadear desejo por comida e associada, em relação a desfechos clinicamente relevantes (Wunderlich, 2009; Val-Laillet, 2015). Por outro lado, um estudo de revisão sobre correlatos do TCA conclui que este pode estar relacionado à alteração da sensibilidade à recompensa e aos vieses de atenção relacionados à comida (KESSLER, 2013).

A relação do TCA com a obesidade é complexa e, apesar de alguns achados positivos, são necessárias mais pesquisas que examinem o poder preditivo do TCA, além da simples presença de obesidade e psicopatologia dos TAs. Evidências mostram que a obesidade está associada a um risco aumentado de se desenvolver outros distúrbios, como transtorno de ansiedade e depressão (Gariépy e Schmitz, 2010; Udo T & Grilo, 2018, Giel et al, 2023).

2.5 Métodos de Avaliação Nutricional

A avaliação nutricional é fundamental para caracterização da população estudada, bem como para classificar o tipo de gravidade de composição corporal para possíveis associações com outros diagnósticos clínicos. O estado nutricional é o equilíbrio entre as demandas de um organismo para o funcionamento fisiológico e a sua utilização de nutrientes. Os extremos da utilização dos nutrientes ingeridos podem acarretar desnutrição ou excesso de peso que são classificados através de faixas específicas e através de diferentes métodos (Correia, 2017; Soriano-Moreno et al, 2022).

O Índice de massa corporal (IMC) é o método mais utilizado na prática clínica para identificar o estado nutricional básico do indivíduo, através de uma estimativa obtida de uma relação entre o peso corporal e a altura ao quadrado do indivíduo (NUTTALL, 2015). Apesar da sua frequente usabilidade, o IMC apresenta falhas no que diz respeito ao diagnóstico do estado nutricional do paciente. Esse método, por considerar apenas peso e altura, ignora a aferição da composição corporal e normalmente, superestima a gordura corporal em desportistas e atletas, além de subestimar a gordura corporal em indivíduos sedentários, obesos e idosos. Sendo assim, acabam por fornecer dados imprecisos acerca da condição de saúde de um indivíduo (Prado et al, 2012; Lutoslawska et al, 2014).

A determinação de um indivíduo com obesidade é caracterizada por um resultado do IMC a partir de 30 kg/m² e valores acima desta faixa estão associadas a maior disposição ao desenvolvimento de outras doenças e comorbidades (Apovian, 2016). Porém, uma revisão sistemática publicada em 2021 avaliou o aumento nos fatores de risco cardiometabólicos em pacientes com IMC normal e percentual de gordura alto, demonstrando a necessidade de se avaliar a composição corporal e a inadequação do uso do IMC para avaliar estado nutricional e riscos à saúde (Khonsari, et al. 2022).

A gordura corporal pode ser avaliada por diferentes métodos, como a avaliação antropométrica com uso de adipômetro, bioimpedância, absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA), ressonância magnética e ultrassonografia (USG). Os métodos de avaliação da composição corporal em obesos têm sido amplamente analisados, pois nesses indivíduos os métodos tradicionais e os equipamentos apresentam limitações, seja pelo desconforto ao paciente ou os equipamentos não são adequados para essa condição (Souza, 2014).

O método de análise por bioimpedância elétrica é um método relativamente acessível, não invasivo e simples que avalia a composição corporal e a água corporal total através da passagem de uma corrente elétrica e a resistência dos tecidos (Lee e Gallagher, 2008). Entretanto, a aferição da bioimpedância elétrica sofre influências pela qualidade do equipamento utilizado, pela alimentação, ingestão de água, prática de exercícios físicos, ciclo menstrual e consumo de álcool (Heyward, et al. 1992). Por fim, esse método apresenta limitações substanciais em pacientes obesos, relacionadas ao fato da maior quantidade de água extracelular presente nesse público faz com que a medição apresente uma superestimação da massa livre de gordura e subestimação da massa de gordura, enviesando os resultados obtidos (Pateyjohns, et al. 2006).

O método de aferição da composição corporal por dobras cutâneas é um método de baixo custo que utiliza o plicômetro/adipômetro para medir a espessura do tecido adiposo subcutâneo. Apesar da sua simplicidade, os resultados desse método podem sofrer discrepâncias em relação à técnica do avaliador, a posição e o local em que o instrumento é posicionado (Lewandowski, et al. 2022). Outra grande limitação desse método é que em pacientes obesos, a utilização das dobras cutâneas para aferir gordura não é aplicável, visto que nesse público há uma dificuldade em separar o tecido adiposo do tecido muscular no momento da aferição, além de normalmente a amplitude máxima do adipômetro ser

inferior a espessura das dobras, o que compromete diretamente a precisão dos resultados obtidos (Jackson e Pollock, 1985; Lutoslawska, et al. 2014). Somado a isso, o método de dobras cutâneas também não é aplicável para pacientes com obesidade severa, visto que as equações elaboradas para estimar percentual de gordura normalmente foram criadas para serem utilizadas em pacientes com peso normal, sobrepeso ou obesidade, o que compromete os resultados nessa condição específica (Das, 2005).

A absorciometria bifotônica de raio X (DXA) é um método não invasivo, que avalia a composição corporal trazendo dados relacionados à densidade mineral óssea, massa gorda e massa livre de osso, através de uma exposição à radiação da varredura do sistema. Apesar de ser um método de boa reprodutibilidade e precisão em humanos de todas as idades, esse método apresenta desvantagens relacionadas à exposição à radiação, limite de peso da cama de escaneamento e a não acomodação de indivíduos muito largos (Lee e Gallagher, 2008). Além disso, para a prática clínica, esse método se torna inviável pelo seu alto custo e necessidade de amplo espaço de instalação (Donadio, et al. 2008).

O uso do aparelho de ultrassom portátil é uma nova tecnologia para avaliar o percentual de gordura de fácil manuseio e portabilidade, pois o equipamento BodyMetrix – IntelaMetrix® Inc (BX-2000) ao ser conectado a um micro-computador, calcula de forma rápida e fácil a espessura da camada de gordura e seu percentual corporal automaticamente. Além disso, apresenta resultados fidedignos em comparação com outros métodos tradicionais, se configurando como um instrumento viável para a medição de tecido adiposo em obesos e que apresenta poucas limitações em seu uso (Krueger, et al. 2015). Estudos atuais reforçam a acurácia da utilização do método de avaliação do percentual de gordura através do ultrassom portátil, haja vista, que apresentam resultados significativos quando comparados com as dobras cutâneas, sendo a ultrassom portátil um método mais eficiente para indivíduos com obesidade (Cataldo, et al. 1997; Silva, 2023).

2.6 Depressão, ansiedade e qualidade de sono

A relação entre o TCA e obesidade apresenta-se sempre significativa nos estudos, visto na medida em que as grandes quantidades de alimento ingeridas podem contribuir para essa condição. Assim, podem associar-se ao TCA as comorbidades relacionadas com o excesso de gordura corporal, tais como depressão, transtornos de personalidade e

ansiedade (Morgan et al., 2002, Cauduro, Paz e Pacheco, 2018).

O TCA pode ocorrer em pessoas com peso saudável, mas é mais comum em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. No entanto, a maioria dos indivíduos compulsivos tem longa história de tentativas de dieta e sentem-se com baixa autoestima, associada à insatisfação corporal e outros aspectos psicológicos. Indivíduos com sobrepeso e obesidade não estão apenas expostos ao excesso de peso e à síndrome metabólica, seus riscos estão associados a maior mortalidade, por serem mais vulneráveis ao preconceito social que pode desencadear uma gama de problemas psicológicos, como o desenvolvimento de ansiedade e depressão (Peterson et al. 2012; Sahan et al, 2020). Um estudo recente verificou uma correlação positiva entre os escores de ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar numa amostra de indivíduos obesos com TCA (Fusco, 2020).

O comportamento alimentar é complexo, envolvendo aspectos metabólicos, fisiológicos e ambientais, que apresentam ritmicidade circadiana, sendo a humana essencialmente diurna. Está sincronizado ao ciclo claro/escuro e aos níveis de cortisol, serotonina, leptina, citocinas, entre outros (Roveda, 2017). Além disso, o ritmo social imprime marcado efeito na regulação da alimentação, pois a sociedade contemporânea funciona 24 horas por dia e seu impacto na quantidade, qualidade e nos horários da alimentação tem sido desregulada.

A observação do comportamento alimentar induziu a definição de uma síndrome denominada Síndrome do Comer Noturno (SCN), caracterizada por um atraso circadiano do padrão alimentar, mediado por alterações neuroendócrinas. Dentre os critérios diagnósticos dessa síndrome relacionam-se: anorexia matutina; ingestão >50% da energia diária após às 19h; despertar para comer ao menos uma vez por noite, nos últimos três meses, com consciência do ato; consumo de lanches de alto valor energético nos despertares noturnos; ausência de critérios para BN ou TCA (Harb et al, 2010).

O sono contribui diretamente na regulação hormonal, remodelação óssea, reparação tecidual e desenvolvimento cognitivo, uma vez que possui uma interação direta com a homeostase. (Mason et al., 2021). Entretanto, de acordo com os dados distribuídos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 40% da população mundial apresentam algum tipo de dificuldade para dormir, e devido a essa epidemia crescente

de baixa qualidade sono, as repercussões negativas de ciclos circadianos desregulados estão cada vez mais presentes.

Em estados de débito de sono, existe uma menor tolerância de glicose do que na condição de repouso total, além disso, níveis de cortisol noturno se apresentam elevados juntamente com a atividade do sistema nervoso simpático aumentado na condição de débito de sono (Spiegel, Leproult e Van Cauter, 2019). Essa desregulação do ciclo do sono desencadeia um quadro de aumento da resistência à insulina, diretamente ligado a quadros de diabetes e síndrome metabólica, além de menores níveis de leptina e aumento dos níveis de grelina que podem levar ao aumento de apetite e ingestão calórica (Knutson e Van Cauter, 2008), fatores esses, determinantes para obesidade e TAs.

A baixa qualidade do sono em indivíduos com TCA tem sido associada a um aumento do risco de novos episódios de compulsão alimentar, mesmo depois de controlar a obesidade e a depressão (Trace et al., 2012). Em indivíduos com BN, o sono ruim foi acompanhado pelo início tardio do sono, condições que predispõem os indivíduos a episódios de comer noturno seguidos de atos compensatórios. Indivíduos com sintomas de bulimia nervosa e pressões sociais relacionadas à alimentação apresentaram mais distúrbios do sono, quando comparados com indivíduos sem o TA (Bos, 2013).

Distúrbios do sono em indivíduos com TAs são bem documentados. Estudos sugerem que as patologias de TAs tendem a estar associadas a comorbidade psiquiátrica e insônia, com associações mais fortes à medida que aumenta a gravidade dos sintomas (Tzischinsky et al., 2000). Um relatório indicou que cerca de 5% dos participantes saudáveis apresentaram sintomas de insônia, enquanto a insônia foi encontrada em 14% dos participantes com alto risco de desenvolver TAs e em 25% a 30% das pessoas com TAs diagnosticados (Aspen et al., 2014).

2.7 Hábitos alimentares e adição por alimentos

Os hábitos alimentares estão relacionados à forma como os indivíduos selecionam e consomem os alimentos disponíveis, incluindo os sistemas de produção, armazenamento, elaboração, distribuição e o consumo de alimentos (Lemos e Dallacosta, 2005). Já o comportamento alimentar insere conceitos de dimensões socioculturais e psicológicas do indivíduo, como o conjunto de práticas de hábitos e frequência alimentar. Dessa forma, o

comportamento alimentar está ligado ao lugar, ao tipo, à periodicidade e às relações sociais da alimentação (Serra, 2001).

Fatores como odor e paladar podem influenciar diretamente no consumo alimentar. Os alimentos que apresentam alta palatabilidade possuem um poder de sensibilizar as papilas gustativas por serem muito ricos em sal, açúcar e gordura, entretanto são pobres nutricionalmente e excessivos em calorias (Silva Júnior, 2022). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o consumo de alimentos ultraprocessados é considerado um fator de risco para a saúde das pessoas. Os grupos de alimentos ultraprocessados, tais como: bebidas açucaradas, salgadinhos de pacote ou biscoitos/bolachas salgadas e doces, embutidos, entre outros. A proporção de pessoas que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 14,3%, no Brasil. As pessoas residentes em áreas rurais registraram percentual menor (7,4%) em relação aos residentes das áreas urbanas (15,4%). A Região Sul foi a que apresentou o maior percentual entre as Grandes Regiões (19,9%) e a Nordeste (8,8%), a menor (IBGE, 2020).

O conceito de adição alimentar é caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos hiper palatáveis, processados e energeticamente densos, e apresenta características semelhantes aos transtornos por uso de substâncias ilícitas e de álcool, e está diretamente ligado ao transtorno de compulsão alimentar (Gearhardt et al, 2012).

Já é bem elucidado na literatura a relação entre as doenças crônicas e o consumo de alimentos não saudáveis como os ultraprocessados, a exemplo de biscoitos, balas e guloseimas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos de pacote, refrescos e refrigerantes, entretanto as evidências sobre a adição por alimentos tem crescido e são necessários mais estudos para a avaliar a relação entre a adição por alimentos, qualidade de vida, estado nutricional e o seu impacto na saúde física e mental dos indivíduos (BRASIL, 2014; Bailey, 2017).

3 HIPÓTESE

A prevalência de compulsão alimentar e insatisfação com a imagem corporal é elevada em adultos e está correlacionada a fatores socioeconômicos, comportamentais e psicológicos, independentes do estado nutricional.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar e Insatisfação com a imagem corporal em adultos da cidade do Recife e verificar possíveis correlações com fatores associados.

4.2 Objetivos Específicos

Avaliar em adultos:

- Compulsão alimentar;
- Estado nutricional;
- Insatisfação com a imagem corporal;
- Perfil demográfico e socioeconômico;
- Adição alimentar;
- Qualidade de sono;
- Sintomas de ansiedade;
- Sintomas de depressão;
- Possíveis associações da compulsão alimentar com as variáveis citadas.

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

A presente investigação se trata de um estudo observacional, analítico, transversal, que foi realizado em adultos residentes na cidade do Recife – PE, Brasil. O estudo analítico transversal objetiva informar sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos e geralmente são utilizados para identificar possíveis grupos de risco. Além disso, auxiliam na sugestão de explicações para as variações de frequência (Pereira, 2002).

5.2 Local, População de estudo e período de referência

A população estudada foi a de pacientes atendidos na Clínica escola de uma instituição de ensino superior privada, o Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, cadastrados a partir do ano de 2022 a 2023. Os indivíduos elegíveis para o estudo são aqueles com idade entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos, moradores de qualquer local da cidade do Recife.

Foram excluídas as gestantes, os portadores de doenças debilitantes, como câncer em estágio avançado, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), nefropatias com insuficiência renal, gastroplastia e gastrectomia, além daqueles indivíduos que apresentaram limitações físicas que poderiam dificultar ou comprometer a avaliação antropométrica.

5.3 Processo de amostragem

Para o cálculo amostral foi considerada uma média de atendimento de 15 pacientes por dia na Clínica escola de Nutrição e uma estimativa de 2295 atendimentos em um período de 12 meses, sendo essa a população a ser representada. Além disso, foi considerada uma frequência esperada de 70% de variável dependente (Carmo et al., 2017). Assumiu-se um erro aceitável de 5% e um nível de confiança de 95%, obtendo-se assim, uma amostra mínima inicial de 413 indivíduos participantes. Para o cálculo utilizou-se o módulo statcalc do software Epi- Info, versão 7.2.3.1.

5.4 Estudo piloto

Antes de iniciada a pesquisa de campo, foi realizado um estudo piloto com 30 pacientes selecionados aleatoriamente de um turno de atendimento não incluído na amostra principal. A etapa preliminar teve como objetivo testar os instrumentos de coleta, calibrar uma equipe de pesquisa para avaliações clínicas, treinamento para aplicação dos instrumentos e pôr em prática a logística da pesquisa, sendo realizados ajustes e melhorias, a depender das experiências e dificuldades vivenciadas.

5.5 Equipe de coleta e Calibração intra-examinador

Para a coleta de dados foi necessária a seleção de uma equipe de aplicação de questionários e realização da avaliação antropométrica. A equipe foi formada por alunos de iniciação científica e pesquisadores vinculados ao Grupo de Pesquisa Comportamentos e Transtornos Alimentares da UFPE. O grupo tem 12 anos de registro no CNPq e tem grande experiência com levantamentos epidemiológicos e estudos clínicos em transtornos alimentares. Os treinamentos e a calibração foram realizados pelos profissionais do grupo.

Os treinamentos teóricos e práticos foram realizados para a aplicação dos questionários e para a avaliação e classificação do estado nutricional, além da calibração do examinador. O processo de calibração intra-examinador foi composto pelas sessões de: pré-calibração; treinamento e prática; calibração; estudo de confiabilidade. Para a calibração intra-examinador, foram reexaminados 10% da amostra. Ajustes nos formulários/questionários de coleta poderão ser realizados após o treinamento, a depender das discussões nesse período.

5.6 Coleta de dados

As coletas foram realizadas nos turnos manhã e tarde, de terça à sexta e, eventualmente, à noite sempre que havia demanda de pacientes. Ao final de cada período de trabalho, as equipes realizaram a revisão dos materiais a fim de identificar possíveis falhas ou ausência no preenchimento, bem como quaisquer outras situações que demandem um retorno aos prontuários.

Para a avaliação das variáveis, utilizamos os instrumentos: Questionário de dados socioeconômicos e demográficos, Escala de Silhuetas, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS, Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de adição de alimentos - YALE e uma Ficha clínica de Avaliação Nutricional.

Para padronizar a forma de coleta e registro dos dados, um manual instrucional foi elaborado e entregue a cada um dos examinadores.

5.6.1 Avaliação dos aspectos demográficos e socioeconômicos

Para a caracterização da amostra, utilizamos um questionário baseado nos Critérios de Classificação Socioeconômica Brasil (ABEP, 2020), fornecendo dados sobre os componentes sociais (presença de irmãos, ordem de nascimento, Grau de instrução do chefe de família, acesso a serviços públicos, número de pessoas que convivem na casa, dentre outros) e econômicos (como a renda familiar). O questionário permite a estratificação da amostra, através de um sistema de pontos, nos níveis econômicos A, B1, B2, C1, C2, D e E.

5.6.2 Avaliação antropométrica

A antropometria foi realizada em duplicata e consta as medidas: peso (Kg); estatura (m); Índice de Massa Corporal (IMC) – peso em kg/altura em metros²; percentual de gordura através da aferição de dobras cutâneas e utilização da Bodymetrix PRO, equipamento este que também permite a avaliação da densidade muscular.

Os adultos foram pesados descalços e com o mínimo possível de roupas, em balança digital (Marca Balmak), com capacidade de 200 kg e escala de 100 gramas. A altura foi aferida com um estadiômetro milimetrado, com precisão de até (0,5 cm) em toda a sua extensão portátil, fixo à balança. Os indivíduos foram colocados em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira. O IMC foi determinado pela relação do peso em kg/altura em m², sendo utilizados os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1995).

As dobras cutâneas foram utilizadas para avaliar o percentual de gordura e a massa livre de gordura a partir de 3 dobras, para homens foram utilizadas as dobras torácica, abdominal e coxa média e para mulheres foram utilizadas a tricipital, supra ilíaca, coxa média; para estimativa do percentual de gordura os valores foram adicionados à fórmula de Jackson e Pollock 1980. Para realização das medidas utilizamos um adipômetro científico (Lange) com precisão de 1 mm e amplitude da leitura de 80 mm e pressão de 10 g/mm².

A aferição da dobra tricipital foi realizada na face posterior do braço direito, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto que compreende a distância média entre o acrômio e o processo do olécrano da ulna. A dobra torácica foi realizada obliquamente ao eixo longitudinal na metade da distância entre o mamilo e o eixo axilar. A aferição da dobra abdominal foi realizada a 2 cm da cicatriz umbilical, paralelamente ao eixo longitudinal do corpo. A dobra da coxa média foi realizada no ponto médio entre a prega inguinal e o ponto superior da patela, o avaliado deve estar em pé com a perna avaliada, relaxada. A dobra supra ilíaca foi realizada obliquamente na metade da distância entre a costela flutuante e a crista ilíaca, sobre a linha axilar média (Mussoi, 2014). Foram realizadas três medidas, sendo utilizada como valor final a média aritmética das mesmas.

O aparelho de ultrassom bodymetrix (BX-PRO) foi utilizado para avaliar o percentual de gordura corporal e densidade muscular. Uma vantagem do ultrassom portátil é a minimização das variações inter e intra-avaliador, portabilidade do equipamento e facilidade de manuseio por iniciantes (Neves, 2013). Foi feita com a utilização do aparelho BX-PRO, acoplado a um computador core i5 8th. Utilizamos gel para Ultrassom que entrou em contato com a pele do paciente para facilitar a mobilidade do equipamento e melhor leitura dos dados.

5.6.3 Avaliação do Transtorno de Compulsão alimentar

A *Binge Eating Scale* (BES) avalia a gravidade da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos (Gormally et al., 1982). No Brasil, foi traduzida e validada por Freitas et al. (2001) - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), que resultou numa escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até a

gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item.

5.6.4 Avaliação dos aspectos relacionados à saúde mental

Para avaliação dos aspectos ligados à saúde mental dos indivíduos, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (HAD) (Zigmond e Snaith; 1983), que permite a construção e análise das seguintes variáveis: transtorno de ansiedade (sim e não); transtorno depressivo (sim e não); e transtorno depressivo-ansioso. Embora a escala tenha sido criada para o âmbito hospitalar, estudos realizados em grande escala mostraram que o mesmo é válido e consistente para aplicação na população em geral (Bjelland et al., 2002; Mykletun, Stordal e Dahl, 2018).

5.6.5 Avaliação da Qualidade de sono

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) avalia a qualidade e perturbações do sono durante o período de um mês e foi desenvolvido por Buysse et al. (1989), sendo um questionário padronizado, simples e bem aceito pelos pacientes. O instrumento é constituído por 19 questões em autorrelato e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto. As últimas cinco questões são utilizadas apenas para a prática clínica, não contribuindo para a pontuação total do índice. As 19 questões são categorizadas em sete componentes, graduados em escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes do PSQI são: C1 qualidade subjetiva do sono, C2 latência do sono, C3 duração do sono, C4 eficiência habitual do sono, C5 alterações do sono, C6 uso de medicamentos para dormir, C7 disfunção diurna do sono. Varia de zero a vinte e um a soma do total atribuído no escore total do questionário indicando que quanto maior o número pior é a qualidade do sono. Contabilizando um score total maior que cinco indica que o indivíduo está apresentando grandes disfunções em pelo menos dois componentes, ou disfunção moderada em pelo menos três componentes.

5.6.6 Avaliação do consumo alimentar

A avaliação do consumo alimentar foi analisada através da Escala de consumo alimentar de YALE modificada (mYFAS 2.0) que avalia os hábitos alimentares do último ano e a dificuldade em controlar a quantidade de consumo de alguns alimentos. A mYFAS 2.0 é aplicada no formato de autorrelato (Schulte e Gearhardt, 2017). Ao todo são 13 itens, sendo que dois deles são destinados a identificar prejuízo psicossocial ou sofrimento clinicamente significativo. Cada questão é pontuada de 0 a 7 de frequência e existem dois métodos de pontuação: o primeiro é uma medida de escores contínua; o segundo requer um mínimo de dois sintomas e a presença de prejuízo psicossocial relacionado ao consumo de comida. A categorização de gravidade em leve (2-3 sintomas e sofrimento clínico ou prejuízo no funcionamento psicossocial significativos), moderada (4-5 sintomas e sofrimento clínico ou prejuízo no funcionamento psicossocial significativos) e grave (6 ou mais sintomas e sofrimento clínico ou prejuízo no funcionamento psicossocial significativos).

5.6.7 Avaliação da imagem e insatisfação corporal: Escala de Silhuetas

A escala de figuras de silhuetas foi desenvolvida por Kakeshita (2004), baseando-se na percepção da imagem corporal, utilizando nove figuras, apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra à mais larga com Índice de Massa Corporal - IMC médio variando entre 17,5 e 37,5 kg/m². Foi adaptada por Kakeshita (2008) com o acréscimo de 6 figuras em cada extremo da escala para melhor representar os esquemas de imagem corporal.

A aplicação do método psicométrico de escolha consiste em solicitar ao sujeito selecionar um dos 15 cartões dentre os que estão dispostos em série ascendente, que melhor representa a silhueta de seu próprio corpo no momento. Em seguida, deve indicar o cartão com a silhueta que gostaria de ter. Por fim, o indivíduo deve apontar a figura que representa o corpo ideal para o seu sexo em geral.

Para a tabulação e análise dos dados dos testes aplicados para a percepção da imagem corporal, foi considerado o IMC correspondente à figura escolhida. O IMC que representa a autoimagem do examinado na escala de silhuetas foi comparado com o IMC

real do indivíduo, para caracterizá-lo com ou sem alteração de imagem. As figuras representadas como ideal e desejável foram analisadas para auxiliar na classificação de insatisfação corporal.

5.7 Processamento e análise dos dados

A normalidade da variável idade foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para a variável idade, que não apresentou distribuição normal, foram realizados os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para comparar medianas, sendo utilizado como pós-teste o teste de Dunn. Para as variáveis categóricas, foram realizados os testes do qui-quadrado ou teste exato de Fisher para comparar proporções.

Para verificar a associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a compulsão alimentar, insatisfação corporal e percepção da imagem corporal, foram realizadas análises de regressão logística. Os potenciais fatores de confusão considerados na análise foram: sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e percepção da imagem corporal (modelo de compulsão alimentar e insatisfação corporal) ou insatisfação corporal (modelo de percepção da imagem corporal). A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

Foi adotado um nível de significância de 5% para todos os testes. Todas as análises foram realizadas no Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

5.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, **Nº do parecer: 5.758.303**, sob registro no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - **CAAE: 63353622.8.0000.5208**, em atendimento às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi realizada após o sujeito da pesquisa concordar em participar, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes da aplicação dos questionários, foram mencionados os objetivos da pesquisa, bem como, a confidencialidade dos dados.

6 RESULTADOS

A amostra final foi composta por 415 indivíduos e 55 (13.2%) apresentaram compulsão alimentar. Entre aqueles com compulsão alimentar moderada (9.6%) e grave (3.6%), a maioria foi classificada com obesidade ($p < 0.001$), possuíam percentual de gordura corporal excessiva ($p = 0.001$), apresentavam insatisfação corporal ($p = 0.02$), percepção corporal alterada ($p = 0.01$), tinham ansiedade ($p < 0.001$), depressão ($p < 0.001$) e transtorno depressivo-ansioso ($p < 0.001$), além de apresentarem transtorno do sono ($p = 0.001$) e adicionarem alimentos como forma de compensação ($p < 0.001$). Não foram encontradas diferenças estatísticas, quanto a presença de compulsão alimentar, em relação ao sexo, idade e classe econômica (TABELA 1).

Tabela 1. Prevalência de Compulsão alimentar de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. Recife, 2024.

	Compulsão Alimentar			p*
	Sem Compulsão	Compulsão Moderada	Compulsão Grave	
N (%)	360 (86.8)	40 (9.6)	15 (3.6)	-
Sexo^c				
Masculino - %(n)	90.2 (138)	8.5 (13)	1.3 (2)	0.116
Feminino - %(n)	84.7 (222)	10.3 (27)	5.0 (13)	
Idade – média (dp)^a	26.9 (8.7)	27.7 (9.7)	25.8 (7.1)	0.746
Classe econômica^b				
A/B - %(n)	85.0 (165)	12.4 (24)	2.6 (5)	0.134
C/D/E - %(n)	88.2 (195)	7.2 (16)	4.6 (10)	
Estado Nutricional^c				
Baixo peso - %(n)	100.0 (19)	0.0 (0)	0.0 (0)	<0.001
Eutrofia - %(n)	93.8 (167)	4.5 (8)	1.7 (3)	
Sobrepeso - %(n)	84.6 (121)	11.9 (17)	3.5 (5)	
Obesidade - %(n)	70.7 (53)	20.0 (15)	9.3 (7)	
% Gordura corporal^c				
Excelente - %(n)	97.4 (38)	2.6 (1)	0.0 (0)	0.001
Bom - %(n)	96.7 (58)	3.3 (2)	0.0 (0)	
Regular - %(n)	92.5 (98)	4.7 (5)	2.8 (3)	
Excessivo - %(n)	79.1 (166)	15.2 (32)	5.7 (12)	
Insatisfação Corporal^b				
Sem alteração - %(n)	89.7 (197)	7.6 (25)	2.7 (9)	0.002
Com alteração - %(n)	75.0 (63)	17.9 (15)	7.1 (6)	
Percepção da Imagem Corporal^b				
Percepção normal - %(n)	89.4 (311)	8.0 (28)	2.6 (9)	0.001
Percepção alterada - %(n)	73.1 (49)	17.9 (12)	9.0 (6)	
Ansiedade^c				
Sem ansiedade - %(n)	92.1 (272)	6.5 (19)	0.7 (2)	<0.001
Com ansiedade - %(n)	72.1 (88)	17.2 (21)	10.7 (13)	
Depressão^b				
Sem depressão - %(n)	89.3 (324)	8.5 (31)	2.2 (8)	<0.001
Com depressão - %(n)	69.2 (36)	17.3 (9)	13.5 (7)	
TAD^b				
Sem TAD - %(n)	89.1 (337)	8.5 (32)	2.4 (9)	<0.001
Com TAD - %(n)	62.2 (23)	21.6 (8)	16.2 (6)	
Qualidade do sono^c				
Boa - %(n)	92.3 (132)	6.3 (9)	1.4 (2)	0.001

Ruim - %(n)	88.5 (154)	9.8 (17)	1.7 (3)	
Transtorno do sono - %(n)	75.5 (74)	14.3 (14)	10.2 (10)	
Adição alimentar^c				
Sem adição - %(n)	98.2 (220)	1.3 (3)	0.5 (1)	
Adição leve - %(n)	90.6 (96)	8.5 (9)	0.9 (1)	
Adição moderada - %(n)	71.7 (33)	23.9 (11)	4.4 (2)	<0.001
Adição acentuada - %(n)	28.2 (11)	43.6 (17)	28.2 (11)	

*Teste Kruskal-Wallis^a, Teste Qui-Quadrado^b, Teste exato de Fischer^c.

A tabela 2 apresenta os dados de insatisfação corporal em relação às características da população estudada. A insatisfação corporal foi maior entre os indivíduos do sexo masculino ($p=0.011$), entre aqueles que foram classificados com obesidade ($p<0.001$), com percentual de gordura corporal excessiva ($p=0.041$), com percepção da imagem alterada ($p=0.033$), com compulsão alimentar ($p=0.002$) e naqueles que adicionam alimentos como forma de compensação ($p<0.001$). Não foram encontradas diferenças estatísticas, quanto à insatisfação corporal em relação à idade, classe econômica, ansiedade, depressão, transtorno ansioso depressivo e qualidade do sono (TABELA 2).

Tabela 2. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. Recife, 2024.

	Insatisfação Corporal		p*
	Sem Alteração	Com Alteração	
N (%)	331 (79.8)	84 (20.2)	-
Sexo^b			
Masculino - %(n)	73.2 (112)	26.8 (41)	0.011
Feminino - %(n)	83.6 (219)	16.4 (43)	
Idade – média (dp)^a	26.7 (8.7)	27.9 (9.2)	0.261
Classe econômica^b			
A/B - %(n)	81.4 (158)	18.6 (36)	0.424
C/D/E - %(n)	78.3 (173)	21.7 (48)	
Estado Nutricional^b			
Baixo peso - %(n)	73.7 (14)	26.3 (5)	<0.001
Eutrofia - %(n)	88.8 (158)	11.2 (20)	
Sobrepeso - %(n)	86.0 (123)	14.0 (20)	
Obesidade - %(n)	48.0 (36)	52.0 (39)	
% Gordura corporal^c			
Excelente - %(n)	92.3 (36)	7.7 (3)	0.041
Bom - %(n)	83.3 (50)	16.7 (10)	
Regular - %(n)	83.0 (88)	17.0 (18)	
Excessivo - %(n)	74.8 (157)	25.2 (53)	
Percepção da Imagem Corporal^b			
Percepção normal - %(n)	81.6 (284)	18.4 (64)	0.033
Percepção alterada - %(n)	70.2 (47)	29.8 (20)	
Compulsão Alimentar^b			
Sem compulsão - %(n)	82.5 (297)	17.5 (63)	0.002
Compulsão moderada - %(n)	62.5 (25)	37.5 (15)	
Compulsão grave - %(n)	60.0 (9)	40.0 (6)	
Ansiedade^b			
Sem ansiedade - %(n)	81.2 (238)	18.8 (55)	0.248
Com ansiedade - %(n)	76.2 (93)	23.8 (29)	
Depressão^b			
Sem depressão - %(n)	80.4 (292)	19.6 (71)	0.361
Com depressão - %(n)	75.0 (29)	25.0 (13)	
TAD^b			
Sem TAD - %(n)	80.7 (305)	19.3 (73)	0.132
Com TAD - %(n)	70.3 (26)	29.7 (11)	

Qualidade do sono^b			
Boa - %(n)	81.1 (116)	18.9 (27)	0.642
Ruim - %(n)	77.6 (135)	22.4 (39)	
Transtorno do sono - %(n)	81.6 (80)	18.4 (18)	
Adição alimentar^b			
Sem adição - %(n)	83.0 (186)	17.0 (38)	<0.001
Adição leve - %(n)	83.0 (88)	17.0 (18)	
Adição moderada - %(n)	78.3 (36)	21.7 (10)	
Adição acentuada - %(n)	53.8 (21)	46.1 (18)	

*Teste Mann–Whitney^a, Teste Qui-Quadrado^b, Teste exato de Fischer^c.

Os dados de percepção da imagem corporal de acordo com as características da população estão apresentados na tabela 3. A percepção de imagem corporal alterada foi maior entre os indivíduos com sobrepeso ($p=0.036$), com percentual de gordura excessiva ($p=0.047$), que apresentavam insatisfação corporal ($p=0.033$), compulsão alimentar grave ($p=0.001$) e ansiedade ($p=0.032$), além daqueles que adicionam alimentos como forma de compensação ($p<0.001$). Não foram encontradas diferenças estatísticas, quanto à percepção da imagem, em relação ao sexo, idade, classe econômica, depressão, transtorno ansioso depressivo e qualidade do sono (TABELA 3).

Tabela 3. Prevalência da percepção da imagem corporal de acordo com as características sociodemográficas, antropométricas, composição corporal, fatores comportamentais e psicológicos de adultos. Recife, 2024.

	Percepção da Imagem Corporal		p*
	Percepção Normal	Percepção Alterada	
N (%)	348 (83.9)	67 (16.1)	-
Sexo^b			
Masculino - %(n)	86.3 (132)	13.7 (21)	0.298
Feminino - %(n)	82.4 (215)	17.6 (46)	
Idade – média (dp)^a	27.0 (8.9)	26.6 (8.0)	0.798
Classe econômica^b			
A/B - %(n)	85.0 (165)	15.0 (29)	0.535
C/D/E - %(n)	82.8 (183)	17.2 (38)	
Estado Nutricional^c			
Baixo peso - %(n)	94.7 (18)	5.3 (1)	0.036
Eutrofia - %(n)	87.1 (155)	12.9 (23)	
Sobrepeso - %(n)	76.9 (110)	23.1 (33)	
Obesidade - %(n)	86.7 (65)	13.3 (10)	
% Gordura corporal^c			
Excelente - %(n)	89.7 (35)	10.3 (4)	0.047
Bom - %(n)	91.7 (55)	8.3 (5)	
Regular - %(n)	86.8 (92)	13.2 (14)	
Excessivo - %(n)	79.0 (166)	21.0 (44)	
Insatisfação Corporal^b			
Sem alteração - %(n)	85.8 (284)	14.2 (47)	0.033
Com alteração - %(n)	76.2 (64)	23.8 (20)	
Compulsão Alimentar^b			
Sem compulsão - %(n)	86.4 (311)	13.6 (49)	0.001
Compulsão moderada - %(n)	70.0 (28)	30.0 (12)	
Compulsão grave - %(n)	60.0 (9)	40.0 (6)	
Ansiedade^b			
Sem ansiedade - %(n)	86.3 (253)	13.6 (40)	0.032
Com ansiedade - %(n)	77.9 (95)	22.1 (27)	
Depressão^b			
Sem depressão - %(n)	84.8 (308)	15.2 (55)	0.146
Com depressão - %(n)	76.9 (40)	23.1 (12)	
TAD^b			
Sem TAD - %(n)	84.4 (319)	15.6 (59)	0.343
Com TAD - %(n)	78.4 (29)	21.6 (8)	

Qualidade do sono^b			
Boa - %(n)	87.4 (125)	12.6 (18)	
Ruim - %(n)	80.5 (140)	19.5 (34)	0.238
Transtorno do sono - %(n)	84.7 (83)	15.3 (15)	
Adição alimentar^b			
Sem adição - %(n)	90.2 (202)	9.8 (22)	
Adição leve - %(n)	80.2 (85)	19.8 (21)	<0.001
Adição moderada - %(n)	80.4 (37)	19.6 (9)	
Adição acentuada - %(n)	61.5 (24)	38.5 (15)	

*Teste Mann–Whitney^a, Teste Qui-Quadrado^b, Teste exato de Fischer^c.

Dados da Tabela 4 mostram que foram encontradas associações entre fatores comportamentais e psicológicos com a compulsão alimentar. Indivíduos que apresentam ansiedade tem 4.96 mais chances de ter compulsão alimentar, quando comparados àqueles que não apresenta ansiedade, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e insatisfação corporal (OR: 4.96; IC95%: 2.57 – 9.55). Da mesma forma, indivíduos que apresentam depressão têm 3.24 vezes mais chances de ter compulsão alimentar, quando comparado àqueles que não apresenta depressão, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e insatisfação corporal (OR: 3.24; IC95%: 1.55 – 6.74). Em relação à qualidade do sono, indivíduos que apresentam transtorno do sono têm 3.44 vezes mais chances de ter compulsão alimentar, quando comparado àqueles que apresentam uma boa qualidade do sono, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e insatisfação corporal (OR: 3.44; IC95%: 1.52 – 7.75). Já os indivíduos que adicionam alimentos como forma de compensação têm 15.6 vezes mais chances de ter compulsão alimentar, quando comparado àqueles que não adicionam alimentos, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e insatisfação corporal (OR: 15.6; IC95%: 5.42 – 45.0) (TABELA 4).

Tabela 4. Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a compulsão alimentar em adultos. Recife, 2024.

	Compulsão Alimentar			
	Modelo 1* OR (IC95%)	Modelo 2* OR (IC95%)	Modelo 3* OR (IC95%)	Modelo 4* OR (IC95%)
Ansiedade	5.00 (2.76 – 9.07)	5.19 (2.81 – 9.60)	5.08 (2.66 – 9.71)	4.96 (2.57 – 9.55)
Depressão	3.69 (1.88 – 7.26)	3.63 (1.83 – 7.18)	3.24 (1.58 – 6.67)	3.24 (1.55 – 6.74)
Qualidade do sono	3.89 (1.80 – 8.39)	3.81 (1.76 – 8.27)	3.34 (1.50 – 7.42)	3.44 (1.52 – 7.75)
Adição de alimentos	20.0 (7.08 - 56.6)	19.9 (7.02 – 56.5)	15.7 (5.50 – 45.1)	15.6 (5.42 – 45.0)

*Modelo 1: modelo bruto (compulsão alimentar e ansiedade/depressão/qualidade do sono/adição de alimentos);

**Modelo 2: modelo anterior ajustado por sexo, idade e classe econômica;

***Modelo 3: modelo anterior ajustado por estado nutricional;

****Modelo 4: modelo anterior ajustado por insatisfação corporal.

Tabela 5. Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a insatisfação corporal em adultos. Recife, 2024.

	Insatisfação Corporal			
	Modelo 1* OR (IC95%)	Modelo 2** OR (IC95%)	Modelo 3*** OR (IC95%)	Modelo 4**** OR (IC95%)
Ansiedade	1.35 (0.81 – 2.24)	1.43 (0.84 – 2.43)	1.37 (0.80 – 2.35)	1.32 (0.77 – 2.26)
Depressão	1.37 (0.69 – 2.70)	1.44 (0.72 – 2.87)	1.35 (0.67 – 2.71)	1.29 (0.64 – 2.60)
Qualidade do sono	1.24 (0.71 – 2.15)	1.20 (0.69 – 2.10)	1.15 (0.65 – 2.03)	1.13 (0.64 – 2.00)
Adição de alimentos	4.19 (2.04 – 8.61)	5.46 (2.54 – 11.7)	4.17 (1.89 – 9.23)	3.77 (1.67 – 8.51)

*Modelo 1: modelo bruto (insatisfação corporal e ansiedade/depressão/qualidade do sono/adição de alimentos);

**Modelo 2: modelo anterior ajustado por sexo, idade e classe econômica;

***Modelo 3: modelo anterior ajustado por estado nutricional;

****Modelo 4: modelo anterior ajustado pela percepção da imagem corporal.

Na tabela 5 estão apresentados os dados de associação entre fatores comportamentais e psicológicos com a insatisfação corporal. Indivíduos que adicionam alimentos como forma de compensação tem 3.77 vezes mais chances de ter insatisfação corporal, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e percepção da imagem corporal (OR: 3.77; IC95%: 1.67 – 8.51). Não foram encontradas associações para ansiedade, depressão e qualidade do sono (TABELA 5).

Dados da associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a percepção da imagem corporal estão apresentados na Tabela 6. Indivíduos com ansiedade apresentaram 173% mais chances de apresentarem alteração na percepção corporal, quando comparado àqueles que não apresentavam, independente do sexo, idade e classe econômica (OR: 1.73; IC95%: 1.00 – 3.02), porém perdeu significância quando ajustado por estado nutricional e insatisfação corporal. Já indivíduos que adicionam alimentos como forma de compensação têm 2.43 vezes mais chances de ter alterações na percepção da imagem corporal, quando comparados àqueles que não possuem alterações, independente do sexo, idade, classe econômica, estado nutricional e insatisfação corporal (OR: 2.43; IC95%: 1.37 – 4.31). Não foram encontradas associações para ansiedade, depressão e qualidade do sono (TABELA 6).

Tabela 6. Associação entre os fatores comportamentais e psicológicos com a percepção da imagem corporal em adultos. Recife, 2024.

	Percepção da Imagem Corporal			
	Modelo 1* OR (IC95%)	Modelo 2** OR (IC95%)	Modelo 3*** OR (IC95%)	Modelo 4**** OR (IC95%)
Ansiedade	1.80 (1.04 – 3.09)	1.73 (1.00 – 3.02)	1.64 (0.93 – 2.89)	1.60 (0.91 – 2.82)
Depressão	1.68 (0.82 – 3.40)	1.69 (0.83 – 3.44)	1.57 (0.76 – 3.21)	1.53 (0.74 – 3.16)
Qualidade do sono	1.25 (0.59 – 2.62)	1.21 (0.58 – 2.55)	1.12 (0.53 – 2.38)	1.12 (0.53 – 2.39)
Adição de alimentos	2.83 (1.62 – 4.92)	2.78 (1.60 – 4.84)	2.49 (1.40 – 4.40)	2.43 (1.37 – 4.31)

*Modelo 1: modelo bruto (imagem corporal e ansiedade/depressão/qualidade do sono/adição de alimentos);

**Modelo 2: modelo anterior ajustado por sexo, idade e classe econômica;

***Modelo 3: modelo anterior ajustado por estado nutricional;

****Modelo 4: modelo anterior ajustado por insatisfação corporal

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, foram avaliadas as prevalências de Transtorno de Compulsão Alimentar e Insatisfação com a imagem corporal em adultos da cidade do Recife e verificadas as possíveis correlações com fatores como estado nutricional; insatisfação com a imagem corporal; perfil demográfico e socioeconômico; adição alimentar; qualidade de sono; sintomas de ansiedade e de depressão.

A amostra contemplou as diferentes faixas etárias e perfis sociais, podendo realizar inferências de significância e permitir melhor discussão das características. A distribuição do sexo foi heterogênea e não foi encontrada diferença estatística quanto a presença de compulsão alimentar, em relação ao sexo, à idade e o perfil socioeconômico dos indivíduos pesquisados, evidenciando que este transtorno atinge a população estudada independente do gênero, classe social e fase da vida. Da mesma forma, Klobukoski e Höfelmann (2017), concluiu em seu estudo que não houve associação entre compulsão alimentar e demais variáveis socioeconômicas, e que houve uma prevalência elevada de compulsão alimentar e insatisfação corporal entre mulheres. Em contrapartida, no presente estudo, a insatisfação corporal foi maior no sexo masculino, em relação ao sexo feminino, apresentando significância.

O estudo de Silén e Keski-Rahkonen (2022) reuniu as principais publicações sobre a prevalência de TCA entre jovens entre 2013 e 2022, relatando que o transtorno da compulsão alimentar foi mencionado nos estudos por 0,6–6,1% das mulheres e 0,3–0,7% dos homens. No entanto, no que refere a fatores associados, a maioria dos trabalhos citados não abordou a satisfação com a imagem corporal. Além disso, as pesquisas tiveram como foco o sexo feminino e fase da adolescência como referência, podendo subestimar, assim, o impacto dos transtornos alimentares no sexo masculino.

Indivíduos com experiências adversas na fase da adolescência e que sofrem pressão social sobre o corpo, majoritariamente o sexo feminino, são considerados como indivíduos vulneráveis. No entanto, muitos adultos com transtornos alimentares não procuram ajuda, principalmente apoio de uma classe profissional habilitada, assim se tornam números subdiagnosticados, e emergentes adultos com transtornos agravados. Estudos Epidemiológicos Nacionais validaram algumas observações clínicas importantes

para o TCA como, supervalorização da forma e peso corporal e inatividade física como fatores que propiciam o surgimento de transtornos (Udo e Grilo, 2022).

Neste estudo, a maioria dos indivíduos com sintomatologia positiva para TCA apresentaram percentual de gordura excessivo, obesidade, insatisfação corporal, ansiedade e depressão, além do fato de adicionar alimentos palatáveis como forma de compensação. Esse resultado demonstra um cenário emergente, evidenciado pelos estudos atuais sobre o transtorno de compulsão alimentar. Estudos como o de Morales et al (2015) com indivíduos adultos jovens, entre 18 e 28 anos, encontrou uma prevalência de 3,20%, onde os fatores associados ao TCA foram obesidade, insatisfação corporal, disfunção familiar e sintomas depressivos.

A modificação do DSM-5 indica uma flexibilidade nos critérios de diagnósticos relacionados com a duração e a frequência dos episódios de compulsão e fundamenta, sem embargos, o aumento no número de casos positivos para o TCA e, por consequência, a prevalência na população. Em 2017, Klobukoski e Höfelmann, em um estudo transversal, realizado com 360 adultos com excesso de peso, de ambos os sexos, encontraram uma prevalência de compulsão alimentar de 41,6%, onde verificou-se que, na análise bruta, a prevalência do desfecho foi maior entre mulheres. Em 2020, Fusco et al, em um estudo transversal descritivo com adultos obesos e qualidade de sono, encontrou uma prevalência de TCA de 60% dos indivíduos, pela avaliação do ECAP, além disso, encontrou-se uma relação direta, demonstrada através da positividade do coeficiente significativo da correlação, indicando que indivíduos que apresentaram maior quadro de ansiedade tinham maiores índices de compulsão alimentar e pior qualidade do sono. Esses achados são semelhantes aos resultados encontrados no presente estudo, onde os indivíduos que apresentavam transtorno de sono têm 3.44 vezes mais chance de desenvolver TCA.

Para melhorar o embasamento sobre as causas do TCA, os estudos atuais têm avaliado, além da presença de fatores comportamentais, a análise de marcadores de níveis hormonais relacionados ao apetite e ao estresse, a fim de demonstrar que etiologia do transtorno de compulsão alimentar pode ir além da obesidade central ou global, sendo esta a consequência da falta de qualidade de vida e saúde física e mental. A frequência de TCA em um estudo de caso controle, que englobou voluntários com obesidade sem suporte psicológico ou psiquiátrico, nem tratamento da obesidade, foi de 33%. Além disso, foi notada a presença de sintomas depressivos e níveis plasmáticos de PCR, TNF- α , leptina e

GLP-1 alterados em indivíduos com TCA em comparação ao grupo controle (Caldas et al, 2022). Tais achados sugerem que as alterações fisiológicas que acompanham o surgimento do Transtorno de compulsão alimentar podem não ser consequência do quadro de obesidade, sendo o excesso de peso um resultado da desregulação do organismo frente a quadros de ansiedade, depressão e falta de qualidade de sono.

Em 2023, um estudo com obesos concluiu que 48% da população estudada apresentavam transtorno de compulsão alimentar periódica moderado e 32% apresentaram sintomas sugestivos de algum grau de depressão (Aguilar et al 2023). Os achados mencionados corroboram com os resultados do presente estudo, onde o TCA se mostrou associado à ansiedade ($p < 0.001$), depressão ($p < 0.001$) e transtorno depressivo-ansioso ($p < 0.001$), além de transtorno do sono ($p = 0.001$) e adição de alimentos palatáveis como forma de compensação ($p < 0.001$). Nesta pesquisa, o TCA se mostrou presente em indivíduos eutróficos, porém não de forma estatisticamente significativa. No entanto, com relação à insatisfação corporal é possível observar uma maior preocupação com a imagem corporal em indivíduos com eutrofia e sobrepeso, além da associação positiva com a compulsão alimentar. Tais resultados encetam a reflexão de que os indivíduos em estado de obesidade, sobretudo com compulsão alimentar, demonstram menor nível de preocupação com a estética devido ao estado fisiológico desregulado, e por isso buscam a adição de alimentos como forma compensatória para liberação de hormônios relacionados ao prazer. Em contrapartida, indivíduos na transição da eutrofia para o sobrepeso, remetem a uma maior preocupação com a aparência, porém com fatores associados à saúde mental que potencializam o transtorno e podem dificultar sua cura.

Neste estudo, a percepção de imagem corporal alterada foi maior entre os indivíduos com sobrepeso ($p = 0.036$) e este também se mostrou associado à adição de alimentos palatáveis como forma de compensação. Esses resultados reforçam a importância dos estudos com a população geral, independente do seu estado nutricional, que apresentam outros sintomas relacionados à compulsão alimentar, como a adição de alimentos, a fim de identificar indivíduos com tendências viciantes para a comida. Davis et al. (2011) concluiu em seu estudo que indivíduos com dependência alimentar, avaliada pela mesma escala de nosso estudo, eram mais impulsivos e exibiam maior reatividade emocional, do que o grupo controle, que possuía apenas obesidade.

Essas descobertas avançam na busca por identificar subtipos clinicamente relevantes de pacientes com compulsão alimentar que podem possuir diferentes vulnerabilidades a fatores de risco ambientais. Uma meta-análise analisou estudos observacionais com indivíduos afetados por transtorno de compulsão alimentar e dependência alimentar, e identificou, através de modelos de regressão logística que, dependência alimentar apresenta maior influência no desenvolvimento do TCA em comparação com outros transtornos alimentares (OR = 1,33, IC 95%, 0,64–2,76) (Giacomo et al, 2022). Tais resultados revelam que a dependência alimentar pode ter um valor prognóstico, apesar de semelhante aos sintomas de TCA, pode apresentar condições únicas, mas sobrepostas, e voltadas basicamente à falta de controle relacionado aos alimentos palatáveis. Assim deve ser abordada para aumentar a eficácia do tratamento e recuperação dos pacientes (Gearhardt et al, 2011).

Modelos experimentais demonstram uma relação entre compulsão alimentar e dependência alimentar ou adição por alimentos em ratos que receberam uma dieta com alto teor de açúcar e gordura e apresentaram indicadores comportamentais de compulsão alimentar, como consumir quantidades elevadas de alimentos em curtos períodos de tempo e procura de alimentos altamente processados, apesar das consequências negativas, como por exemplo, choque elétrico (Avena, Rada e Hoebel, 2008). Essas descobertas sugerem que alimentos palatáveis possuem propriedades viciantes que podem estar por trás da alimentação descontrolada para alguns indivíduos, principalmente quando associada a sintomas de ansiedade e depressão.

Com relação aos fatores comportamentais e psicológicos associados à compulsão alimentar, a ansiedade e a depressão, no presente estudo, se mostraram expressivamente significativa, onde indivíduos que apresentaram ansiedade possuem 4.96 mais chance de ter compulsão alimentar, quando comparados àqueles que não apresentam ansiedade (OR: 4.96; IC95%: 2.57 – 9.55), e os indivíduos que apresentaram depressão possuem 3.24 mais chance de desenvolver o TCA, independente do sexo, idade e estado nutricional. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Bittencourt et al (2012), com mulheres adultas, na cidade de Porto Alegre, no Sul do Brasil, onde foi encontrada uma associação positiva entre os escores de compulsão sintomas de ansiedade ($p < 0,001$) e de depressão ($p < 0,001$). Além disso, não foi observada nenhuma associação significativa entre IMC e escores de compulsão alimentar, o que evidencia que o cenário psicológico pode predispor

os indivíduos a alteração de estado nutricional, podendo gerar o aumento do peso, baixa autoestima, insatisfação corporal e adição de alimentos como forma de compensação.

Estudos atuais mais elaborados, como de Caldas et al. (2022) demonstraram através de regressão logística que o TCA estava independentemente associado a sintomas depressivos e níveis elevados de PCR, e todos os participantes que tiveram diagnóstico de TCA apresentaram sintomas depressivos. Os achados da literatura corroboram com os resultados de nossa pesquisa, evidenciando que o TCA está relacionado à gravidade de sintomas depressivos e não à gravidade da obesidade. Além disso, indivíduos com ou excesso de peso associados a depressão e ao TCA tendem a comer mais em resposta a ansiedade, se destacando como grupo de risco para desenvolver ou agravar um quadro de obesidade (Faulconbridge; Bechtel, 2014, Goldschmidt, 2014).

Li et al (2023) em seu estudo com 7.818 adolescentes do sexo feminino, encontrou uma associação positiva significativa entre dismenorreia e depressão, onde a TCA e qualidade do sono aparecem como fatores associados. Outro estudo, envolvendo sono e parâmetros de saúde mental, completou medidas de insônia, depressão e ansiedade, e sintomas de transtorno alimentar e concluiu que indivíduos com TCA relataram sintomas de insônia significativamente maiores do que os participantes que não tinham, e essa relação foi associada à ansiedade. A depressão também se mostrou associada à gravidade dos sintomas de insônia e a frequência de episódios de compulsão alimentar. Tais achados sugerem que a depressão, a ansiedade e o sono são construções importantes a serem consideradas no desenvolvimento e apresentação do TCA (Kenny et al, 2017).

O estudo de Roveda et al (2017) analisou os ritmos circadianos alterados em repouso e verificou que estão associados a um estado de saúde comprometido ao transtorno de compulsão alimentar, bem como à obesidade. Da mesma forma, no presente estudo, indivíduos que apresentam transtorno do sono têm 3.44 mais chances de ter compulsão alimentar, quando comparado àqueles que apresentam uma boa qualidade do sono, independente de outros fatores. Esses achados sinalizam uma gama de fatores que dispõe o indivíduo ao desenvolvimento de TCA, além da obesidade central, como o sono ruim ou início tardio do sono, que condições que predispõem os indivíduos a episódios de comer noturno seguidos de atos compensatórios (Trace et al., 2012; Tzischinsky et al, 2021).

A sintomatologia dos TCA e outros transtornos alimentares foi fortemente associada aos transtornos de ansiedade, transtornos de humor e insônia no estudo de Aspen et al (2014). Assim, como se pode ver nos resultados desse estudo, a gravidade do transtorno alimentar tende a aumentar com a quantidade de fatores que estão associados ao indivíduo, podendo esta ser a causa do surgimento de quadros de obesidade e depressão. Mais estudos que avaliam saúde mental e qualidade de vida devem ser considerados e devem ser tomadas medidas proativas para educar os adolescentes sobre estilos de vida saudáveis, a fim de reduzir as consequências negativas relativas à qualidade de vida na fase adulta. Ademais, os programas de prevenção e tratamento para transtornos alimentares precisam abordar ansiedade e problemas de sono nesta população, já que as descobertas sobre a insônia são mais atuais e sugerem que os distúrbios do sono podem desempenhar um papel fundamental nas dificuldades relacionadas à alimentação (Fusco et al, 2020; Mason et al., 2021).

Destacam-se algumas limitações neste estudo. O viés de resposta pode estar presente quando se pesquisa utilizando instrumentos auto aplicativos. No entanto, o emprego de instrumentos validados para a população de estudo foi feito para minimizar eventuais erros na pesquisa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, apoiada nos dados, análises estatísticas e no recorte teórico, permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A prevalência de transtorno de compulsão alimentar foi 13.2%, dentre os indivíduos 9.6% apresentavam compulsão alimentar moderada e 3.6% compulsão alimentar grave;
- A prevalência de insatisfação corporal foi de 20% na população estudada, e se apresentou maior entre os indivíduos do sexo masculino, entre aqueles que foram classificados com obesidade, percentual de gordura corporal excessiva e compulsão alimentar;
- O TCA se mostrou associado com a obesidade, percentual de gordura corporal excessivo, insatisfação corporal, ansiedade, depressão, transtornos do sono e adição por alimentos;
- Não foram encontradas associações quanto a presença de compulsão alimentar, em relação ao sexo, idade e classe econômica;
- Não foram encontradas diferenças estatísticas, quanto a insatisfação corporal, em relação à idade, classe econômica, ansiedade, depressão e qualidade do sono.
- A ansiedade foi considerada o fator comportamental e psicológico que mais predispõe o indivíduo ao risco de desenvolver TCA.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P.V.; DIONISIO, W.A.; SOUZA, E. A.C.; VANTINI, D.; CAMPANHOLI, R.; PINTO, T.C.C.; XIMENES, R.C.C. Binge eating, depressive symptoms and suicidal ideation in obese candidates for bariatric surgery. **Eating and Weight Disorders**. V: 28, n.12, p: 2 – 10, 2023.
- ASPEN, V.; WEISMAN, H.; VANNUCCI, A.; NAFIZ, N.; GREDYSA, D.; KASS, A.E.; TROCKEL, M.; JACOBI, C.; WILFLEY, D.E.; TAYLOR, C.B. Psychiatric co-morbidity in women presenting across the continuum of disordered eating. **Eat. Behav.**, v. 15, 686–693, 2014.
- AVENA, N.M.; RADA, P.; HOEBEL, B.G. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. **Neurosci Biobehav Rev**. V:32, p.20–39, 2008.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues Clin Neurosci**. n.17, p. 327–335, 2015.
- BAILEY, S.; HUBERMAN, C.; BRYANT, R.; RIJ, S.V.; BAILEY, E. Relationship between Food Addictive Behavior and Physical Activity in College-Aged Students. **Journal of Physical Activity Research**, v. 2, n. 2, p. 68-72, 22 set. 2017.
- BALODIS, I.M.; MOLINA, ND; KOBER, H.; WORHUNSKY, P.D.; WHITE, M.A.; SINHA, R.; GRILO, C.M.; POTENZA, M. N. Divergent neural substrates of inhibitory control in binge eating disorder relative to other manifestations of obesity. **Obesity (Silver Spring)**, 367–377, 2013.
- BITTENCOUR, S.A.; SANTOS, P.L.; MORAES, J.F.D.; OLIVEIRA, M.S. Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. **Trends Psychiatry Psychother**, v.34, n.2, p. 89, 2012.
- BJELLAND, I.; DAHL, A. A.; HAUG, T.T.; NECKELMANN, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. **Journal of psychosomatic research**, v. 52, n. 2, p. 69-77, 2002.

BORINSKY S, GAUGHAN J.P., FELDMAN-WINTER L. Perceived overweight/obesity, low resilience, and body size dissatisfaction among adolescents. **Obes Res Clin Pract.**, v. 13:448-52, 2019.

BOS, S.C.; SOARES, M.J.; MARQUES, M.; MAIA, B.; PEREIRA, A.T.; NOGUEIRA, V.; VALENTE, J.; MACEDO, A. Disordered eating behaviors and sleep disturbances. **Eat. Behav.**, v. 14, 192–198, 2013.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira.** Brasília: DF, p. 158, 2014.

BUYSSE, D.J., REYNOLDS, C.F.; MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER, D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**, v.28(2): 193-213, 1989.

CARMO, C.C.; PEREIRA, P.M.L.; OLIVEIRA, R.M.S.; NETTO, M.P.; CANDIDO, A.P.C. Insatisfação corporal em adolescentes e fatores associados, **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n.2, p. 133-140, abr/jun, 2017.

CAUDURO,G.N.; PAZ, G.M.; PACHECO, J.T.B. Avaliação e intervenção no transtorno da compulsão alimentar (TCA): uma revisão sistemática. **Psico**, v.49,n.4, p.384-394, 2018.

CHEN, L.L.; ABBASPOUR, A.; MKOMA, G.F; BULIK, C.M.; RÜCK, C.; JURFELDT, D. Gut microbiota in psychiatric Disorders: A systematic review. **Psychosom Med**, 2021.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, 385-396, 1983.

DAVIS, C.; CURTIS, C.; LEVITAN, R.D.; CARTER, J.C.; KAPLAN, A.S.; KENNEDY, J.L. Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. **Appetite**, v.57, p. 711–717, 2011.

FAULCONBRIDGE, L.F.; BECHTEL, C.F. Depression and disordered eating in the obese person. **Curr Obes Rep.** V: 3, n.1. p.:127-36, 2014.

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, V.C.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev Bras Psiquiatr**, v.23(4):215-20, 2001.

FREITAS, P. H. B.; SILVA, F. M.; TAVEIRA, A. M.; CAVALCANTE, R.B.; GONTIJO, T. L.; MACHADO, R. M. Transtornos alimentares e o uso de drogas: perfil epidemiológico. **Rev. baiana enferm** ; v. 29(2), 2015.

FUSCO, S.F.B.; AMANCIO, S.C.P.; PANCIERI, A.P.; ALVES, M.V.M.F.F.; SPIRI, W.C.; BRAGA, E.M. Anxiety, sleep quality, and binge eating in overweight or obese adults. **Rev Esc Enferm USP**, v.54:e03656, 2020.

GEARHARDT, A.N.; PHIL, N.; WHITE, MA.; POTENZA, M.N. Binge Eating Disorder and Food Addiction. **Curr Drug Abuse Ver**, v: 4, n.3, p. 201–207, 2011.

GEARHARDT, A.N.; WHITE, M.A.; MASHEB, R.M.; MORGAN, P.T.; CROSBY, R.D.; GRILO, C.M. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. **Int. J. Eat. Disord**, v. 45, 657-663, 2012.

GIEL, K .E ; BULIK, C.E.; ARANDA, F. F.; HAY, P.; RAHKONEN, A.K.; SCHAG, K.; SCHMIDT, U., ZIPFEL, S. Binge eating disorder. **Nat Rev Dis Primers**. Author manuscript; available in PMC, 2023.

GIACOMO, E.; ALIBERTI, F.; PESCATORE, F.; SANTORELLI, M.; PESSINA, R.; PLACENTI, V.; COLMEGNA, F.; CLERICI, M. Disentangling binge eating disorder and food addiction: a systematic review and meta- analysis. **Eating and Weight Disorders**. V: 27, p. 1963–1970, 2022.

GOLDSCHMIDT, A.B.; CROSBY, R.D.; ENGEL, S.G.; CROW, S.J.; CAO, L.; PETERSON, C.B. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. **Int J Eat Disord**.V: 47, n. 3, p. 281-6, 2014.

GORMALLY, J.; BLACK, S., DASTON, S.; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict Behav**, v.7, p:47-55, 1982.

HARB, A.B.C; CAUMO, W.; HIDALGO, M.P.L. Tradução e adaptação da versão Brasileira do Night Eating Questionnaire. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (6): 1368 – 1376, jun, 2008.

HERMAN, A.; BAJAKA, A. The role of the intestinal microbiota in eating disorders - bulimia nervosa and binge eating disorder. **Psychiatry Res** 300, 113923, 2021.

HERNANDEZ, D.; MEHTA, N.; GELIEBTER, A. Meal-Related Acyl and Des-Acyl Ghrelin and Other Appetite-Related Hormones in People with Obesity and Binge Eating. **Obesity (Silver Spring)**, 629–635, 2019.

HOEK, H.W. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. **Curr Opin Psychiatry**, v. 29, 336–339, 2016.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde: percepção do estado de saúde, estilo de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : **IBGE**, 2020. 113p, 2019.

KAKESHITA, I. S.; SILVA, A. I. P., ZANATTA, D. P., & Almeida, S. S. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 25(2), 263-270, 2009.

KARRA E.; BATTERHAM, R.L. The role of gut hormones in the regulation of body weight and energy homeostasis. **Mol Cell Endocrinol**, 316:120-128, 2010.

KENNY, T.E.; WIJK, M. V.; SINGLETON, C.; CARTER, J.C. An examination of the relationship between binge eating disorder and insomnia symptoms. **Eur Eat Disorders Rev.** p. 1–11, 2018.

KLOBUKOSKI, C.; HÖFELMANN, D.A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cadernos Saúde Coletiva**. V.25, N. 4, p. 443-452, 2017.

- KNUTSON, K.L; VAN CAUTER, E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes, **Ann N Y Acad Sci**, 1129: 287–304. 2008.
- LI, Y.; KANG, B.; ZHAO, X.; CUI, X.; CHEN, J.; WANG, L. Association between depression and dysmenorrhea among adolescent girls: multiple mediating effects of binge eating and sleep quality. **BMC Women's Health**, v. 23, p.140, 2023.
- MASON, G.M.; LOKHANDWALA, S.; RIGGINS, T.; SPENCER, R.M.C. **Sleep and human cognitive development**, *Sleep Med Rev*, 57: 101 - 472, 2021.
- MALTA, D.C., SILVA, A.G, TONACO, L.A.B, FREITAS, M.I.F., VELASQUEZ-MELENDZ G. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9 :e00223518, 2019.
- MELCA, I. A.; FORTES, S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo. **Revista HUPE**, v.13, n.1, p.18-25, 2014.
- MITCHISON, D. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. **Psychological medicine**, v. 50, 981–990, 2020.
- MORALES A, GÓMES, A.; JIMÉNEZ. B.; JIMÉNEZ, F.; LEÓN B, G.; MAJANO, A.; RIVAS, D.; RODRÍGUEZ, M.; SOTO, C. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. **Rev Colomb Psiquiat**, 2015.
- MORGAN, C.M; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev Bras Psiquiatr**, 2002;24(Supl III):18-23. n. 6, p. 361-370, 2002.
- MUNSCH, S.; BIEDERT, E.; MEYER, A.H.; HERPERTZ, S.; BEGLINGER, C. CCK, ghrelin, and PYY responses in individuals with binge eating disorder before and after a cognitive behavioral treatment (CBT). **Physiol Behav**, 14–20, 2009.

NEVES, E.B; RIPKA, W.L.; ULBRICHT, L.; STADNIK, A.M.W. Comparação do percentual de gordura obtido por bioimpedância, ultrassom e dobras cutâneas em adultos jovens. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 19, n. 5, p. 323-327, Oct. 2013.

OLSEN, E.M.; KOCH, S.V.; SKOVGAARD A.M.; STRANDBERG-LARSEN K. Self-reported symptoms of binge eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort-A study of prevalence, correlates, and impact. **The International journal of eating disorders**,v: 54, n.4 , p.492-505, 2020.

ROVEDA, E.; MONTARULI, A.; GALASSO, L.; PESENTI, C.; BRUNO, E.; PASANISI, P.; CORTELLINI, M.; RAMPICHINI, S.; ERZEGOVESI, S.; CAUMO, A.; ESPOSITO, F. Rest-activity circadian rhythm and sleep quality in patients with binge eating disorder, **Chronobiology International**, 2017.

SCHULTE, E. M.; GEARHARDT, A. N. Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. **Eur Eat Disord Rev.**, v. 25, n. 4, p. 302-308, 2017.

SILÉN, Y.; KESKI-RAHKONEN, A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 35, n.6, p. 362-371, 2022.

SPIEGEL, K.; LEPROULT, R.; VAN CAUTER, E. **Impacto do déficit de sono na função metabólica e endócrina**. *The Lancet*, v. 354, 1999.

TAPIA, E.N.; TOLEDANO, L.A.; SEBASTIANI, G.; DELGADO, M.S; ALGAR, O.G, FERNÁNDEZ, V.A. Effects of Microbiota Imbalance in Anxiety and Eating Disorders: Probiotics as Novel Therapeutic Approaches. **Int. J. Mol. Sci.**, v. 22, p. 2351, 2021.

TRACE, S.E.; THORNTON, L.M.; RUNFOLA, C.D.; LICHTENSTEIN, P.; PEDERSEN, N.L.; BULIK, C.M. Sleep problems are associated with binge eating in women. **Int. J. Eat. Disord**, v. 45, 695–703, 2012.

TZISCHINSKY, O.; LATZER, Y.; EPSTEIN, R.; TOV, N. Sleep-wake cycles in women with binge eating disorder. **Int. J. Eat. Disord**, v. 27, p:43–48, 2000.

TZISCHINSKY, O.; LATZER, I. T.; ALON, S. ;LATZER, Y. Sleep Quality and Eating Disorder-Related Psychopathologies in Patients with Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorders. **J. Clin. Med**, v. 10, 4613, 2021.

UDO, T.;GRILO, C. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. **Biol Psychiatry**, 345–354, 2018.

UDO, T.; GRILO, C.M. Epidemiology of eating disorders among US adults. **Current Opinion in Psychiatry**, v.35, n.6, p. 372-378, 2022.

VOON, V. Cognitive biases in binge eating disorder: the hijacking of decision making. **CNS Spectr**,v.20, n. 6, p. 566–573, 2015.

YU, Y.; FERNANDEZ, I.D., MENG, Y., ZHAO W.; GROTH, S.W. Gut hormones, adipokines, and pro- and anti-inflammatory cytokines/markers in loss of control eating: A scoping review. **Appetite**, 105 - 442, 2021.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 67, 67(6):361-370, 1983.

APÊNDICE A - ORIENTAÇÕES ASSOCIADAS AO DOUTORADO

TABELA PRODUTIVIDADE - ORIENTAÇÕES E COORIENTAÇÕES			
TIPO DE ORIENTAÇÃO	TEMA	ALUNO	PERÍODO
CO-ORIENTAÇÃO PIBIT (UFPE) PROF. ROSANA XIMENES	AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA DE ULTRASSOM PARA A DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA CORPORAL/ ABDOMINAL E COMPULSÃO ALIMENTAR EM PACIENTES OBESOS	YAN LEAL	2021/2022
CO-ORIENTAÇÃO AUXILIAR MESTRADO (UFPE) PROF. ROSANA XIMENES	ASSOCIAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, SINTOMAS DEPRESSIVOS E COMER INTUITIVO EM GESTANTES DE ALTO RISCO	BÁRBARA LIPPI	2021/2022
CO-ORIENTAÇÃO PIBIT (UFPE) PROF. ROSANA XIMENES	RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR, ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL	YAN LEAL	2022/2023
CO-ORIENTAÇÃO TCC (UFPE) PROF. ROSANA XIMENES	ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR COM O SOBREPESO E A OBESIDADE EM ADULTOS	LAURA OLIVEIRA	2022/2023
CO-ORIENTAÇÃO PIBIC (UFPE) PROF. LISIANE OLIVEIRA	ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXA QUALIDADE DE SONO E DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICO	YGOR FREITAS	2023/2024
ORIENTAÇÃO PROUNI-PE UNIBRA	QUALIDADE DE SONO E COMPULSÃO ALIMENTAR EM ADULTOS COM SOBREPESO E OBESIDADE DE RECIFE - PE	JEFFERSON SANTOS	2022/2024

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Compulsão alimentar, insatisfação com a imagem corporal e preditores independentes em adultos, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Priscila Maia Ferreira Silva, com endereço Av. Antonio Cabral de Souza, 350 – Paulista – PE, CEP 53403-610 – Telefone (81) 99810-6163, e-mail: priscila.maia@ufpe.br.

Essa pesquisa está sob a orientação da profa. Dra. Rosana Ximenes Telefone: (81) 99999-4033, e-mail: rosanaximenes@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa tem como objetivo determinar a prevalência de compulsão alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adultos e verificar possíveis associações com preditores independentes do distúrbio. Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- O pesquisado irá responder a perguntas relacionadas à sua imagem corporal, hábitos alimentares, qualidade de vida e à economia da família;
- O paciente de qualquer uma das clínicas escola pesquisadas tem a **garantia de poder perguntar em qualquer momento** da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
- Existe total liberdade para **retirar o consentimento e não permitir** sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ou prejuízo;
- O paciente não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo.
- RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o pesquisado possa vir a ter ao responder os questionários referentes ao uso de antidepressivos, e frequência de descontrole com a comida. Além disso, confere-se um possível constrangimento ao participante na aferição das medidas antropométricas, pela necessidade do uso do uniforme de atividade física para avaliação.
- BENEFÍCIOS: Caso algum profissional apresente sintomatologia positiva para o transtorno da compulsão alimentar ou de saúde mental, tendo indicação para o tratamento, serão encaminhados para tratamento com a Clínica escola de Psicologia da UNIBRA-RECIFE, onde a pesquisadora desenvolve um grupo de terapia cognitivo comportamental para o tratamento de transtornos de imagem corporal.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (dados antropométricos e questionários), ficarão armazenados em formulários eletrônicos no computador da universidade, sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadora, no endereço R. Alto do Reservatório - Alto José Leal, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

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

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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

Local e data _____ Assinatura do participante: _____

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A - SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE CLASSE SOCIAL (ABEP, 2020)

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

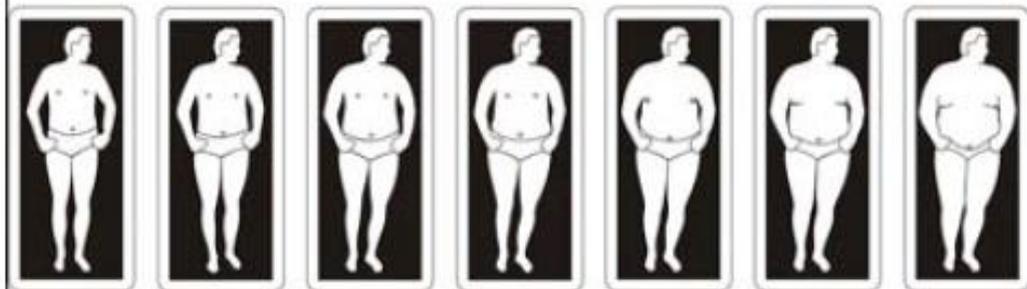
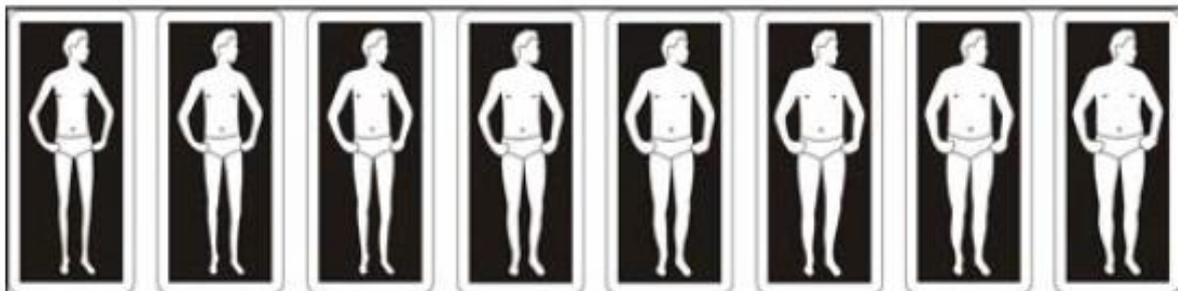
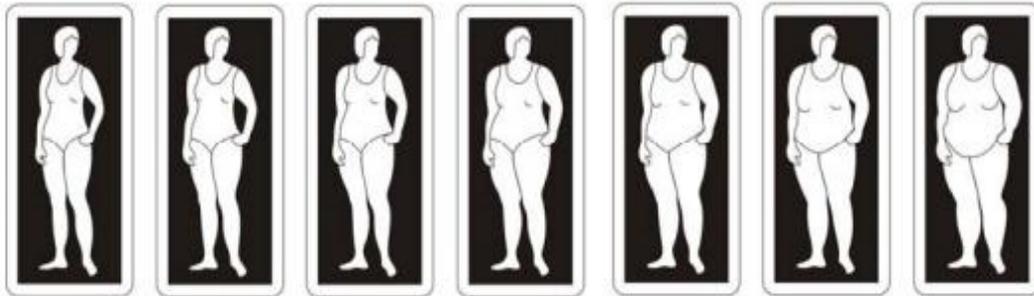
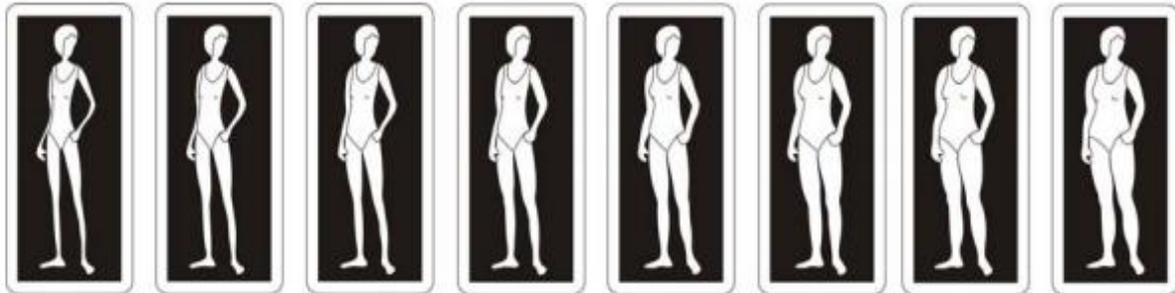
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

ANEXO B - ESCALA DE SILHUETAS (KAKESHITA, 2008)

Observando os cartões, escolha na seguinte sequência:

- a) a figura que melhor representa seu tamanho atual;
- b) a figura que representa o tamanho que gostaria de ter;
- c) a figura que consideraria o tamanho ideal para o próprio gênero em geral.



ANEXO C - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- () Quase sempre
- () Muitas vezes
- () Por vezes
- () Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- () Tanto como antes
- () Não tanto agora
- () Só um pouco
- () Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- () Sim e muito forte
- () Sim, mas não muito forte
- () Um pouco, mas não me aflige
- () De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- () Tanto como antes
- () Não tanto como antes
- () Muito menos agora
- () Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- () A maior parte do tempo
- () Muitas vezes
- () Por vezes
- () Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- () Nunca
- () Poucas vezes
- () De vez em quando
- () Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- () Quase sempre
- () Muitas vezes
- () Por vezes
- () Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO D - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI)

ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?

Horário habitual de dormir:.....

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite:

Número de minutos.....

- 3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou?

Horário habitual de despertar:.....

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)

Horas de sono por noite:.....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

- a. não conseguia dormir em 30 minutos

()nunca no mês passado
 ()uma ou duas vezes por semana
 ()menos de uma vez por semana
 ()três ou mais vezes por semana

- b. Despertou no meio da noite ou de madrugada

()nunca no mês passado
 ()uma ou duas vezes por semana
 ()menos de uma vez por semana
 ()três ou mais vezes por semana

- c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro

()nunca no mês passado
 ()uma ou duas vezes por semana
 ()menos de uma vez por semana
 ()três ou mais vezes por semana

- d) Não conseguia respirar de forma satisfatória

()nunca no mês passado
 ()uma ou duas vezes por semana

- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- 8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- 9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- 10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?
- mora só
 - divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama
 - divide a mesma cama

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

- a) Ronco alto
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana
 - três ou mais vezes por semana
- d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?
- nunca no mês passado
 - uma ou duas vezes por semana
 - menos de uma vez por semana

- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

e) Tossia ou roncava alto

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

f) Sentia muito frio

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

g) Sentia muito calor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

h) Tinha sonhos ruins

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

i) Tinha dor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

j) outra razão (por favor, descreva)

k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

- muito bom
- bom
- ruim
- muito ruim

7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

ANEXO E - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ___/___/___

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

- | | |
|---|--|
| <p>#1</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprazo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p> <p>#2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.</p> <p>#3</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p> <p>#4</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p> <p>#5</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.</p> | <p>#6</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p>#7</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não inai até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".</p> <p>#8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).</p> <p>#9</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".</p> <p>#10</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.</p> |
|---|--|

ANEXO F - ESCALA DE CONSUMO ALIMENTAR DE YALE MODIFICADA (MYFAS 2.0)

ANEXO A

MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE 2.0 (mYFAS 2.0) (ESCALA DE ADIÇÃO POR ALIMENTOS DE YALE 2.0 MODIFICADA)

Esta pesquisa pergunta sobre seus hábitos alimentares no último ano. As pessoas às vezes têm dificuldade em controlar o quanto elas comem de certos alimentos, tais como:

- Doces como sorvete, chocolate, biscoito, bolo, doce
- Amidos como pão, massa e arroz
- Salgados, como batata frita e biscoito
- Alimentos gordurosos, como carne, bacon, hambúrguer, pizza e batata frita
- Bebidas açucaradas, como refrigerante e bebida energética

Quando as questões seguintes perguntam sobre "Certos alimentos", por favor, pense em quaisquer alimentos ou bebidas semelhantes aos listados nos grupos de alimentos ou bebidas acima ou quaisquer outros alimentos que você teve dificuldade de controlar o consumo no último ano.

Nos últimos 12 meses:	Nunca	Menos que mensalmente	Uma vez por mês	2-3 vezes por mês	Uma vez por semana	2-3 vezes por semana	4-6 vezes por semana	Todos os dias	Código
1. Eu comi até o ponto em que eu me senti fisicamente doente	0	1	2	3	4	5	6	7	AA1 —
2. Eu passei muito tempo me sentindo lento ou cansado após ter comido em excesso.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA2 —
3. Eu evitei o trabalho, escola ou atividades sociais porque	0	1	2	3	4	5	6	7	AA3 —

minha família ou com tarefas domésticas.									
8. Eu continuei comendo da mesma forma, mesmo este fato tendo me causado problemas emocionais.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA8 —
9. Comer a mesma quantidade de alimento não me deu tanto prazer como costumava me dar	0	1	2	3	4	5	6	7	AA9 —
10. Eu tinha impulsos tão fortes para comer certos alimentos que eu não conseguia pensar em mais nada.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA10 —
11. Eu tentei e não consegui reduzir ou parar de comer certos	0	1	2	3	4	5	6	7	AA11 —

eu tive medo que eu fosse comer demais lá.									
4. Se eu estivesse com problemas emocionais porque eu não tinha comido certos alimentos, gostaria de comê-los para me sentir melhor.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA4 —
5. O meu comportamento alimentar me causou muito sofrimento.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA5 —
6. Eu tive problemas significativos na minha vida por causa de comida. Podem ter sido problemas com a minha rotina diária, trabalho, escola, amigos, família, ou de saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA6 —
7. Meus excessos com comida me prejudicaram no cuidado da	0	1	2	3	4	5	6	7	AA7 —

alimentos.									
12. Eu estava tão distraído pela ingestão que eu poderia ter sido ferido (por exemplo, ao dirigir um carro, atravessando a rua, operando máquinas).	0	1	2	3	4	5	6	7	AA12 —
13. Meus amigos ou familiares estavam preocupados com o quanto eu comia.	0	1	2	3	4	5	6	7	AA13 —

Diretrizes de Pontuação

Cada questão tem um limite diferente: 0 = limiar não atingido, 1 = limite atingido

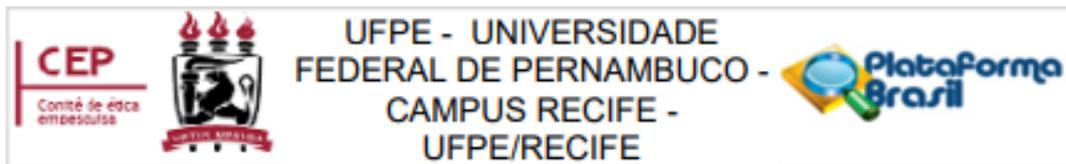
- 1) Uma vez por mês (= 3): # 3, # 7, # 12, # 13
- 2) Uma vez por semana (= 5): # 1, # 4, # 8, # 10
- 3) Duas a três vezes por semana (= 6): # 2, # 5, # 6, # 9, # 11

Para a opção de pontuação da contagem dos sintomas, somar todas as pontuações para cada um dos critérios 11 (por exemplo, tolerância, abstinência, Use Apesar de Consequência Negativa). Não adicione significado clínico para a pontuação (ou seja, as questões # 5 e # 6). Esta pontuação deve variar de 0 a 11 (0 sintomas a 11 sintomas).

Para a opção de pontuação "diagnóstico", um participante pode obter adição leve, moderada ou grave em comida. Tanto a pontuação de contagem dos sintomas e o critério de significado clínico são usados.

Sem adição à comida = 1 ou menos sintomas

ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compulsão alimentar, insatisfação com a imagem corporal e preditores independentes em adultos.

Pesquisador: Priscila Maia Ferreira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63353622.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.758.303

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação da Profa. Rosana Christine C. Ximenes

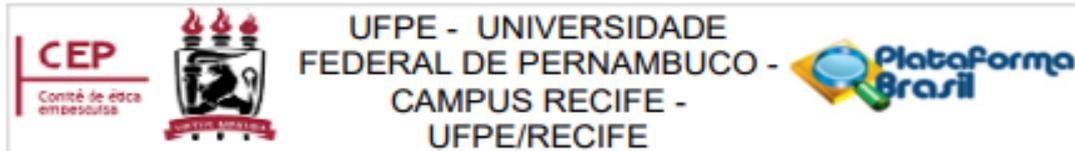
Trata-se de um estudo descritivo, transversal, que será realizado em adultos residentes na cidade do Recife. A população estudada será a de pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição do Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, cadastrados a partir do ano de 2021.

Critério de inclusão

Indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos, moradores de qualquer local da cidade do Recife.

Crítérios de exclusão

Serão excluídas as gestantes, os portadores de doenças debilitantes, como câncer em estágio avançado, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), nefropatias com insuficiência renal,



Continuação do Parecer: 5.758.303

gastroplastia e gastrectomia, além daqueles indivíduos que apresentarem limitações físicas que dificultem ou comprometam a avaliação antropométrica.

Para o cálculo amostral será considerada uma média de atendimento de 15 pacientes por dia, na Clínica escola de Nutrição, e uma estimativa de 2295 atendimentos em um período de 12 meses, sendo essa a população a ser representada. Além disso, será considerada uma frequência esperada de 70% de variável dependente. Assumiu-se um erro aceitável de 5% e um nível de confiança de 95%, obtendo-se assim, uma amostra mínima inicial de 413 indivíduos participantes. Para o cálculo utilizou-se o módulo statcalc do software Epi- Info, versão 7.2.3.1.

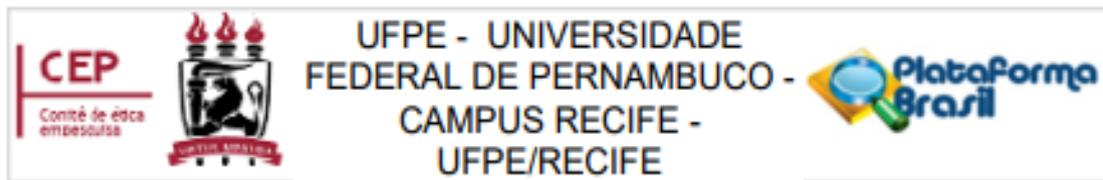
O recrutamento dos voluntários da pesquisa será feito através dos atendimentos clínicos da Clínica-escola. O pesquisado irá responder a perguntas relacionadas à sua imagem corporal, hábitos alimentares, qualidade de vida e à economia da família, além de uma avaliação antropométrica para caracterização do estado nutricional.

A coleta de dados será realizada nos turnos manhã e tarde, de terça à sexta ou, eventualmente, à noite sempre que houver demanda de pacientes. Ao final de cada período de trabalho, as equipes farão revisão dos materiais a fim de identificar possíveis falhas ou ausência no preenchimento, bem como quaisquer outras situações que demandem um retorno aos prontuários.

Para a avaliação das variáveis, serão utilizados os instrumentos:

- Questionário de dados socioeconômicos e demográficos;
- Escala de Silhuetas, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS;
- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP);
- Escala de Estresse Percebido – PSS;
- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI);
- Escala de adição de alimentos – YALE;
- Ficha clínica de Avaliação Nutricional.

Para padronizar a forma de coleta e registro dos dados, um manual instrucional será elaborado e entregue a cada um dos examinadores.



Continuação do Parecer: 5.758.303

Para a caracterização da amostra, será utilizado um questionário baseado nos Critérios de Classificação Socioeconômica Brasil (ABEP, 2018), fornecendo dados sobre os componentes sociais) e econômicos.

A antropometria será realizada em duplicata e constará das medidas: peso (Kg); estatura (m); Índice de Massa Corporal (IMC) – peso em kg/altura em metros²; percentual de gordura através da aferição de dobras cutâneas e utilização da Bodymetrix PRO, equipamento este que também permitirá a avaliação da densidade muscular.

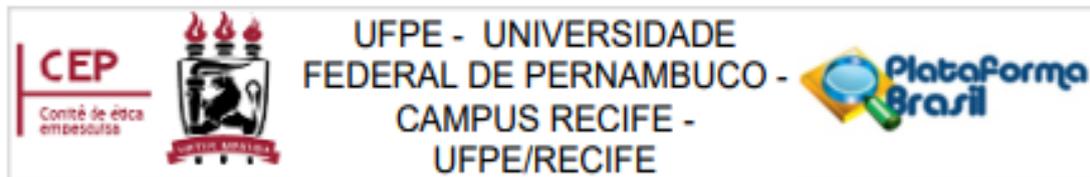
Para avaliação dos aspectos ligados à saúde mental dos indivíduos, será aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HAD) (ZIGMOND; SNAITH; 1983), que permitirá a construção e análise das seguintes variáveis: transtorno de ansiedade; transtorno depressivo; e transtorno depressivo-ansioso. Embora a escala tenha sido criada para o âmbito hospitalar, estudos realizados em grande escala mostraram que o mesmo é válido e consistente para aplicação na população em geral (BJELLAND et al., 2002; MYKLETUN; STORDAL; DAHL, 2018).

A Binge Eating Scale (BES) avalia a gravidade da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos (GORMALLY et al., 1982). Foi traduzida e validada por Freitas et al. (2001).

A Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale - PSS), elaborada por Cohen et al. (1983), é um dos instrumentos mais citados na literatura para estimativa do estresse. A PSS avalia o estresse sob três aspectos: presença de agentes específicos que causam estresse, sintomas físicos e psicológicos do estresse e percepção geral de estresse, independente do seu agente causador.

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) avalia a qualidade e perturbações do sono durante o período de um mês e foi desenvolvido por Buysse et al. (1989), sendo um questionário padronizado, simples e bem aceito pelos pacientes.

A avaliação do consumo alimentar será através da Escala de consumo alimentar de YALE modificada (mYFAS 2.0), que avalia os hábitos alimentares do último ano e a dificuldade em controlar a quantidade de consumo de alguns alimentos. A mYFAS 2.0 é aplicada no formato de autorrelato (SCHULTE; GEARHARDT, 2017).



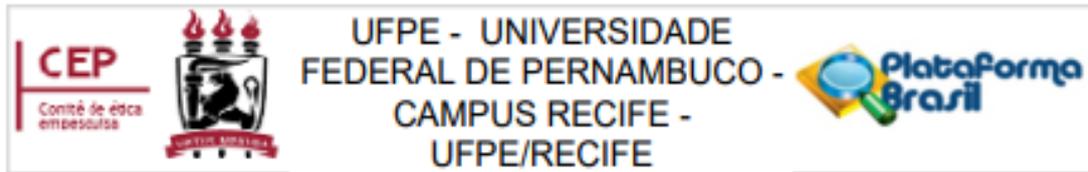
Continuação do Parecer: 5.758.303

Variável de desfecho: Escala de Silhuetas A escala de figuras de silhuetas foi desenvolvida por Kakeshita (2004), baseando-se na percepção da imagem corporal, utilizando nove figuras, apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra à mais larga com Índice de Massa Corporal - IMC médio variando entre 17,5 e 37,5 kg/m². Foi adaptada por Kakeshita (2008) com o acréscimo de 6 figuras em cada extremo da escala para melhor representar os esquemas de imagem corporal.

Para a coleta de dados será necessária a seleção de uma equipe de aplicação de questionários e realização da avaliação antropométrica. A equipe será formada por alunos de iniciação científica e pesquisadores vinculados ao Grupo de Pesquisa Comportamentos e Transtornos Alimentares da UFPE. O grupo tem 10 anos de registro no CNPq e tem grande experiência com levantamentos epidemiológicos e estudos clínicos em transtornos alimentares. Os treinamentos e a calibração serão realizados pelos profissionais do grupo. Serão realizados treinamentos teóricos e práticos para a aplicação dos questionários e para a avaliação e classificação do estado nutricional, além da calibração do examinador. O processo de calibração intra-examinador será composto pelas sessões de: pré-calibração; treinamento e prática; calibração; estudo de confiabilidade. Para a 15 calibração intra-examinador, serão reexaminados 10% da amostra. Ajustes nos formulários/questionários de coleta poderão ser realizados após o treinamento, a depender das discussões nesse período.

Análise e interpretação dos dados

Os dados serão digitados em dupla entrada no software Epi Info, versão 6.04, com posterior utilização do módulo Validate para checar a consistência e a validação da digitação. Para o processamento dos dados serão utilizados os pacotes estatísticos SPSS, versão 13.0, e Stata, versão 14.0. A fim de verificar associações entre as variáveis explanatórias e a de desfecho, a estatística univariada será aplicada por meio dos testes do qui-quadrado de Pearson ou do qui-quadrado para tendência, sendo esse último para variáveis qualitativas ordinais com mais de duas categorias. As associações com valor de $p < 0,20$ serão incluídas na análise multivariada por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância e utilização do método backward para identificação dos preditores independentes da insatisfação corporal. Os resultados da análise univariada serão expressos pelos percentuais e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%)



Continuação do Parecer: 5.758.303

e para os da análise multivariada por meio das razões de prevalência e seus respectivos IC95%. No modelo final será considerada significância estatística quando $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo pretende estimar a prevalência de compulsão alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adultos na cidade do Recife, verificando as associações independentes com seu perfil antropométrico, seus hábitos e comportamentos alimentares e estado psicológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A insatisfação com a imagem corporal está associada a um risco aumentado de se desenvolver outros distúrbios, a exemplo do transtorno de ansiedade e da depressão. Também se mostra associada ao comportamento compulsivo, caracterizado por episódios recorrentes de ingestão de quantidades anormalmente grandes de comida, com sofrimento associado e ausência de comportamentos compensatórios. Outro sinal comumente associado à compulsão alimentar é o desequilíbrio no comportamento do sono, caracterizado principalmente por sua curta duração. Apesar das associações demonstradas, há necessidade de se desvelar o comportamento destas variáveis, considerando-se os possíveis fatores preditores independentes e respeitando-se as diferenças socioculturais da população em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

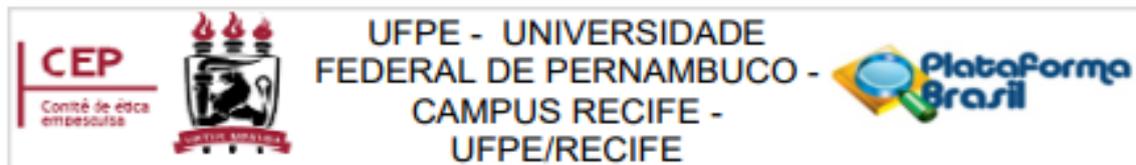
Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os



Continuação do Parecer: 5.758.303

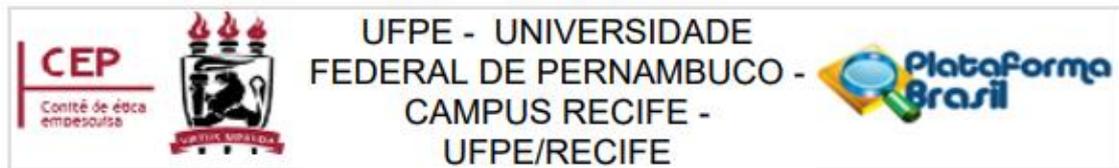
voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1934209.pdf	11/11/2022 14:03:34		Acelto
Outros	lattes_LAURAALVES_COLETA.pdf	11/11/2022 14:03:06	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	LATTES_YanLeal_coleta.pdf	11/11/2022 14:02:45	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	CARTARESPOSTACEP_PRISCILA.pdf	11/11/2022 14:02:24	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18_PRISCILA_novo.pdf	11/11/2022 14:01:45	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_PRISCILA.pdf	16/09/2022 10:08:17	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	curriculo_lattesnathalia.pdf	16/09/2022 10:05:11	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_DOUTORADO.pdf	14/09/2022 20:47:24	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODOUTORADO_COMITE2022.pdf	14/09/2022 15:34:05	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	14/09/2022 12:30:15	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto
Outros	curriculolattes_PriscilaMaia.pdf	14/09/2022 09:36:33	Priscila Maia Ferreira Silva	Acelto



Continuação do Parecer: 5.758.303

Outros	CurriculoLattes_RosanaXimenes.pdf	14/09/2022 09:25:44	Priscila Maia Ferreira Silva	Aceito
Outros	declaracao_vinculo.pdf	14/09/2022 09:19:30	Priscila Maia Ferreira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Novembro de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

ANEXO H - HISTÓRICO ESCOLAR INTEGRALIZADO (DOUTORADO)



de 2

SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROPG

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE

Histórico Escolar - Emitido em: 21/05/2024 às 03:45

Dados Pessoais

Nome: **PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA NOGUEIRA** Matrícula: **20211008200**
 Data de Nascimento: **09/07/1991** Local de Nascimento: **PAULISTA/PE**
 Nome do Pai: **CICERO ABÍLIO DA SILVA**
 Nome da Mãe: **MARIA DA CONCEICAO FERREIRA DA SILVA**

Dados do Vínculo do Discente

Programa: **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO - CCM** Índices Acadêmicos
 Nível: **DOUTORADO** CR: **3.76**
(Índice de Coeficiente de Rendimento: 0.0 - 4.0)
 Curso: **NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**
 Currículo: **NEPD11** Status: **ATIVO**
 Área de Concentração: **NEUROCIÊNCIAS**
 Linha de Pesquisa:
 Orientador: **ROSANA CHRISTINE CAVALCANTI XIMENES**
 Forma de Ingresso: **SELEÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
 Mês/Ano Inicial: **MAR/2021** Mês Atual: **39º**
 Trancamentos: **0 meses** Prazo para Conclusão (Padrão /FEV/2025)
 Prorrogações: **0 meses**
 Tipo Saída:
 Mês/Ano de Saída: Data da Defesa:

Disciplinas e Atividades Cursadas/Cursando

Início	Fim	Componente Curricular	Turma	CH	C	Freq %	Nota	Situação
04/2021	08/2021	DNP902 METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA <i>Dr. EVERTON BOTELHO SOUGEY (15h), Dra. ROSANA CHRISTINE CAVALCANTI XIMENES (45h)</i>	01	60	4	100,0	A	APROVADO
04/2021	06/2021	DNP940 SEMINÁRIOS EM NEUROCIÊNCIAS <i>Dra. ANA ELISA TOSCANO MENESES DA SILVA CASTRO (15h), Dr. OMAR GUZMAN-QUEVEDO (15h), Dra. BELMIRA LARA DA SILVEIRA ANDRADE DA COSTA (30h)</i>	01	60	4	100,0	A	APROVADO
04/2021	07/2021	DNP941 TEORIAS EPISTEMOLÓGICAS <i>Dr. LEONARDO MACHADO TAVARES (60h)</i>	01	60	4	100,0	A	APROVADO
04/2021	06/2021	DNP942 NEUROCIÊNCIA E COMPORTAMENTO <i>Dra. SANDRA LOPES DE SOUZA (60h)</i>	01	60	4	100,0	A	APROVADO
08/2021	12/2023	DNP895 ATIVIDADE DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL	--	0	0	--	--	APROVADO
10/2021	01/2022	DNP936 INTRODUÇÃO A NEUROIMAGEM <i>Dra. PAULA REJANE BESERRA DINIZ (45h)</i>	01	45	3	100,0	A	APROVADO
10/2021	11/2021	DNP944 SEMINÁRIOS AVANÇADOS EM NEUROCIÊNCIAS II <i>Dra. KATIA KARINA DO MONTE SILVA MACHADO (45h)</i>	01	45	3	100,0	A	APROVADO
03/2022	05/2022	DNP939 SEMINÁRIOS AVANÇADOS EM NEUROTRANSMISSÃO <i>Dr. RHOWENA JANE BARBOSA DE MATOS (60h)</i>	02	60	4	100,0	C	APROVADO
08/2022	12/2022	DNP952 SEMINÁRIOS AVANÇADOS EM PSIQUIATRIA I <i>Dr. LEONARDO MACHADO TAVARES (15h), Dr. JOAO RICARDO MENDES DE OLIVEIRA (15h), Dr. RODRIGO COELHO MARQUES (15h)</i>	01	45	3	100,0	A	APROVADO
03/2023	06/2023	DNP946 SEMINÁRIOS PARA QUALIFICAÇÃO DO DOUTORADO - APENAS DISCENTES QUE IRÃO QUALIFICAR EM 2023 DEVEM SE MATRICULAR <i>Dra. SANDRA LOPES DE SOUZA (15h), Dra. DAYANE APARECIDA GOMES (15h)</i>	01	30	2	100,0	A	APROVADO
08/2023	11/2023	NT1074 TÓPICOS COMPLEMENTARES EM NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - (ELETIVA - MESTRADO E DOUTORADO) <i>Dr. ALCIDES DA SILVA DINIZ (45h)</i>	01	45	3	100,0	A	APROVADO
03/2024	--	DNP895 ATIVIDADE DE ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL	--	0	0	--	--	MATRICULADO
02/2024	02/2024	DNP897 EXAME DE QUALIFICAÇÃO - DOUTORADO	--	0	0	--	--	APROVADO
02/2024	--	DNP899 ATIVIDADE DE CONCLUSÃO DE CURSO - DOUTORADO	--	0	0	--	--	MATRICULADO



SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROPG

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE

Histórico Escolar - Emitido em: 21/05/2024 às 03:45

Nome: **PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA NOGUEIRA** Matrícula: **20211008200**

Carga Horária Integralizada/Pendente

	Obrigatórias	Eletivos/Optativos do Perfil	Total
Exigido	300 h	180 h	480 h
Integralizado	300 h	210 h	510 h
Pendente*	0 h	0 h	0 h

*Contabilizado com base no valor estabelecido no mínimo exigido da estrutura curricular.

Obs.: A coluna (C) indica os créditos dos componentes curriculares.

Componentes Curriculares Obrigatórios Pendentes:1

Código	Componente Curricular	CH
DNP899	ATIVIDADE DE CONCLUSÃO DE CURSO - DOUTORADO	0 h

Atenção, agora o histórico possui uma verificação automática de autenticidade e consistência, sendo portanto dispensável a assinatura da coordenação do PPG ou da PROPG. Favor, ler instruções no rodapé.

ANEXO I - PRODUÇÃO CIENTÍFICA (ARTIGOS PUBLICADOS 2023 / 2024)

ARTIGO 1



MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA GORDURA CORPORAL E ANÁLISE DA FERRAMENTA DE ULTRASSONOGRRAFIA EM PACIENTES OBESOS

Recebido em: 18/07/2023
 Aceito em: 18/08/2023
 DOI: 10.25110/urquande.v27i8.2023-036

Priscila Maia Ferreira Silva¹
 Yan Lucas Leal de Souza²
 Alisson Vinicius dos Santos³
 Rosana Christine Cavalcanti Nemeses⁴

RESUMO: Objetivo: Analisar a tecnologia de ultrassonografia na avaliação da gordura corporal em pacientes obesos. Metodologia: Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, onde participou da pesquisa um total de 50 pacientes com IMC a partir de 25 kg/m², sendo realizada a aferição do peso e estatura, visando à definição do IMC, além da avaliação da composição corporal através dos métodos de dobras cutâneas e ultrassom, possibilitando a comparação entre os resultados. Resultado: Foi observada uma forte correlação entre os resultados obtidos através de ambos os métodos ($r=0,942$; p valor $<0,001$), através do teste de qui-quadrado de Pearson, representando uma equiparação acerca de suas precisões. Além disso, foi observada uma moderada correlação entre o IMC e a aferição da composição corporal pelo método do ultrassom, demonstrando a imprecisão do IMC como método de diagnóstico do estado nutricional. Conclusão: A utilização da tecnologia do ultrassom para avaliação da composição corporal de pacientes com sobrepeso ou obesidade é um método de grande viabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Ultrassonografia; Composição Corporal; Obesidade.

METHODS FOR EVALUATING BODY FAT AND ANALYZING THE ULTRASONOGRAPHY TOOL IN OBESE PATIENTS

ABSTRACT: Objective: To analyze ultrasound technology in the evaluation of body fat in obese patients. Methodology: This was a descriptive, cross-sectional study, where a total of 50 patients with BMI from 25 kg/m² participated in the study, and weight and height were measured, aiming at the definition of BMI, besides the evaluation of body composition through the methods of skin folds and ultrasound, allowing comparison between the results. Result: A strong correlation was observed between the results obtained using both methods ($r=0.942$; p value <0.001), using Pearson's chi-square test, representing a comparison about their accuracy. In addition, a moderate correlation between BMI and body composition was observed by the ultrasound method, demonstrating the inaccuracy of BMI as a method of diagnosing nutritional status. Conclusion: The use of ultrasound technology to evaluate the body composition of overweight or obese patients is a highly viable method.

¹ Mestre em Neuropsiquiatria e Neurociência do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: priscila.maia@ufpe.br

² Graduado em Nutrição. Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA). E-mail: yanlealnutri@igrrail.com

³ Mestre em Neuropsiquiatria e Neurociência do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: alissonvinicius@gmail.com

⁴ Pós-Doutora em Neuropsiquiatria e Neurociência do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: rosana.nemeses@ufpe.br

ARTIGO 2



REVISTA
CONTRIBUCIONES
A LAS CIENCIAS
SOCIALES

Relação entre Transtorno da Compulsão Alimentar, estado nutricional e saúde mental

Relationship between binge Eating Disorder, nutritional status and mental health

Relación entre el Trastorno por Atracón, el estado nutricional y la salud mental

DOI: 10.55905/revicoms.17n.2-266

Originals received: 01/02/2024

Acceptance for publication: 02/07/2024

Yan Lucas Leal de Souza

Graduado em Nutrição

Instituição: Centro Universitário Brasileiro

Endereço: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: yanlealnutri@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7298-8973>

Priscila Maia Ferreira Silva

Mestra em Neurociências

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Vitória de Santo Antão – Pernambuco, Brasil

E-mail: priscila.maia@ufpe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1868-0430>

Ygor Freitas Gonçalves

Graduando em Nutrição

Instituição: Instituto Brasileiro de Gestão e Marketing Ltda. (IBGM)

Endereço: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: ygorfreitasoficial@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-0131-7734>

Maria Carolina Lemos de Oliveira

Graduanda em Nutrição

Instituição: Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA)

Endereço: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: carolinafaculdadenutri@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-4409-4287>

ARTIGO 3



REVISTA
CONTRIBUCIONES
A LAS CIENCIAS
SOCIALES

Exploring the relationship of perinatal depression regarding body image dissatisfaction, intuitive eating, and gestational and social factors in high-risk pregnancy

Explorar a relação da depressão perinatal com a insatisfação com a imagem corporal, a alimentação intuitiva e os fatores gestacionais e sociais na gravidez de alto risco

Explorar la relación entre la depresión perinatal y la insatisfacción con la imagen corporal, la alimentación intuitiva y los factores gestacionales y sociales en embarazos de alto riesgo

DOI: 10.55905/revecony.17n.2-192

Originals received: 01/02/2024

Acceptance for publication: 02/09/2024

Barbara Pereira de Melo Medeiros Lippi

Master in Neuroscience

Institution: Universidade Federal de Pernambuco

Address: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: barbaralippi.nutri@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8001-9649>

Priscilla Maia Ferrelira Silva

Master in Neuroscience

Institution: Universidade Federal de Pernambuco

Address: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: priscila.maia@ufpe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1868-0430>

Amaury Cantilino

PhD in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences

Institution: Universidade Federal de Pernambuco

Address: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: cantilino@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4382-1218>

Rosana Christine Cavaleanti Ximenes

PhD in Neuroscience

Institution: Universidade Federal de Pernambuco

Address: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: rosana.ximenes@ufpe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6326-1855>

ANEXO J - PRODUÇÃO CIENTÍFICA (ARTIGOS SUBMETIDOS)

[PSSA] Agradecimento pela Submissão

Externa

Caixa de entrada x



Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia via Psicologia e Saúde ... qua., 21 de fev., 10:30 (há 4 dias) para mim



Priscila Maia Ferreira Silva,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Dismorfia Muscular e Hábitos Alimentares: uma Revisão Sistemática" para Revista Psicologia e Saúde. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://pssa.ucdb.br/pssa/authorDashboard/submission/2770>

Login: priscila0907

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Psicologia e Saúde <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa>

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- 1 Manuscripts I Have Co-Authored >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

To **check the status** of a submitted manuscript, click on "Submitted Manuscripts" in the area "Author Dashboard." All manuscripts you submitted **currently** under assessment are listed in this area. The manuscript status can be found below the column "Status".

Para **checar o status** de um manuscrito que você submeteu, clique em "Submitted Manuscripts" na área "Author Dashboard". Todos os manuscritos que você submeteu que estão sendo avaliados **no momento** estarão listados nessa área. O status do manuscrito pode ser encontrado abaixo da coluna "Status".

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Studies, Psychological	ESTPSI-23-0045	Muscle dysmorphia and associated factors in firefighters View Submission	08-May-2023	08-May-2023
<ul style="list-style-type: none"> • Awaiting AE Assignment • Awaiting EIC Decision 				

[Contact Journal](#)

ANEXO K - PRODUÇÃO ACADÊMICA (GRUPO DE PESQUISA/DOCÊNCIA)



Consulta parametrizada

Grupo de pesquisa: Comportamento alimentar, obesidade e alimentos funcionais
Instituição: FGM/IBGM
Líder(es): Priscila Maia Ferreira Silva
Área: Nutrição



Contrapartidas

PRISCILA MAIA FERREIRA SILVA ▾

Projetos

Filtros Novo Registro Ferramentas ▾

Mostrando de 1 até 2 de 2 registros (filtrado de 3 registros no total)

Ano	Título	Aluno	Status	Ações
2023	QUALIDADE DO SONO E COMPULSÃO ALIMENTAR EM ADULTOS COM SOBREPESO OU OBESIDADE DE RECIFE - PE	JEFFERSON SANTOS FERREIRA	Pendente	  
2022	ALIMENTAÇÃO ANTIOXIDANTE NO MANEJO DO EXCESSO DE PESO: INTERVENÇÕES NO CONTEXTO DE COMUNIDADE	ANA CAROLINA BARROS DA SILVA	Cancelado	

ANEXO L - PUBLICAÇÃO DE E-BOOK (2024) / ORGANIZADOR DE ANAIS DE EVENTO

ISBN 978-65-85492-06-5

Capa e Editoração Eletrônica

Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA)

2024 por vários autores

Todos os direitos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

CONUT [livro eletrônico] : V Congresso Nacional de Nutrição / coordenadora Priscila Maia Ferreira Silva ... [et al.] ; realizado por Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA). -- 5. ed. -- Recife, PE : Reativar Ambiental, 2024.
PDF

Vários autores.
Vários organizadores.

ISBN 978-65-85492-06-5

1. Nutrição - Congressos 2. Saúde - Brasil
I. Silva, Priscila Maia Ferreira. II. Centro
Universitário Brasileiro (UNIBRA).

24-200855

CDD-613.206

Índices para catálogo sistemático:

1. Nutrição : Congressos 613.206

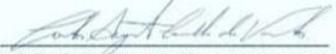
Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

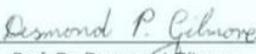
ANEXO M - PARTICIPAÇÃO DE EVENTOS E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS NA ÁREA DE NEUROCIÊNCIAS.

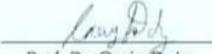


CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado: **FUNÇÃO DOS NOOTRÓPICOS NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO** de autoria de **Ana Cláudia dos Santos Maciel, Adacilda do Vale Nascimento, Gracilene Ferreira Barbosa Amorim, Carolina Peregrino Rego Monteiro, Henrique Santos de Medeiros, Jessika Maria Silva Veríssimo de Lima Marques, Natália Santos Pereira, Priscila Maia Ferreira Silva, Rafaela Maria Silva de Brito e Renata Ferraz Bezerra de Menezes** foi apresentado na forma de Poster durante o IV Simpósio Internacional Nordestino em Neurociências, Nutrição e Desenvolvimento Humano (NEURONUTRI 2022) no dia 25 de novembro de 2022 no CCM-UFPE, Recife/PE. Área: Ciência da Nutrição.


 Prof. Dr. Carlos Augusto C. de Vasconcelos
 Universidade Federal de Pernambuco
 President of NEURONTURI 2022
 Recife, Brasil


 Prof. Dr. Desmond Gilmore
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland


 Prof. Dr. Craig Daly
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland

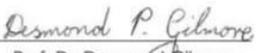
Apoio:    CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS    ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UFPE  

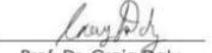


CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado: **O USO DO ÁCIDO PALMITOLEICO NA EVOLUÇÃO COGNITIVA DE PACIENTES COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS** de autoria de **Ana Cláudia dos Santos Maciel, Adacilda do Vale Nascimento, Gracilene Ferreira Barbosa Amorim, Carolina Peregrino Rego Monteiro, Henrique Santos de Medeiros, Jessika Maria Silva Veríssimo de Lima Marques, Natália Santos Pereira, Priscila Maia Ferreira Silva, Rafaela Maria Silva de Brito e Renata Ferraz Bezerra de Menezes** foi apresentado na forma de Poster durante o IV Simpósio Internacional Nordestino em Neurociências, Nutrição e Desenvolvimento Humano (NEURONUTRI 2022) no dia 25 de novembro de 2022 no CCM-UFPE, Recife/PE. Área: Ciência da Nutrição.


 Prof. Dr. Carlos Augusto C. de Vasconcelos
 Universidade Federal de Pernambuco
 President of NEURONTURI 2022
 Recife, Brasil


 Prof. Dr. Desmond Gilmore
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland


 Prof. Dr. Craig Daly
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland

Apoio:    CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS    ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UFPE  



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado: **COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS EM UMA COMUNIDADE DE RECIFE-PE** de autoria de **Jhúlia Maria Bernardo dos Santos Lima, Fábio Antônio Mota Fonseca da Silva, Melissa Dias Araújo Omena da Silva, Giselly Beatriz Silva Bafista, Kelly Lira do Nascimento, Luiz Vitor Djalma Dutra, Viviane Ramos Bandeira, Yan Lucas Leal de Souza, Priscila Maia Ferreira Silva e Gleyce Kelly de Araújo Bezerra** foi apresentado na forma de Poster durante o IV Simpósio Internacional Nordestino em Neurociências, Nutrição e Desenvolvimento Humano (NEURONUTRI 2022) no dia 25 de novembro de 2022 no CCM-UFPE, Recife/PE. Área: Ciência da Nutrição.


 Prof. Dr. Carlos Augusto C. de Vasconcelos
 Universidade Federal de Pernambuco
 President of NEURONUTRI 2022
 Recife, Brasil


 Prof. Dr. Desmond Gilmore
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland


 Prof. Dr. Craig Daly
 University of Glasgow
 Honor Guest of NEURONUTRI 2022
 Glasgow, Scotland

Apoio:    CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS    ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UFPE  

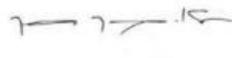


CERTIFICADO



Certificamos que o resumo simples **ATUAÇÃO DO PIRIDOXAL-5-FOSFATO NO AUMENTO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA DIANTE DA COVID-19** foi apresentado na I Conferência Paraibana de Microbiologia e Imunologia Clínica, realizado no período de 24/02/2022 a 26/02/2022 com a carga horária de 30 hora(s), de autoria de: **Ana Cláudia dos Santos Maciel; Henrique Santos de Medeiros; Hermes Henrique Menino Freitas da Silva; Priscila Maia Ferreira Silva; Diego Ricardo da Silva Leite.**




 Marcondes Martins da Silva
 Reitor da Uninassau


 Prof. Dr. José Guedes da Silva Junior
 Coordenador do I-CPMIC

