



**Validade dos Indicadores de Perda de Controlo
na Ingestão Compulsiva: População Bariátrica**

Patrícia Peixoto

UMinho | 2019

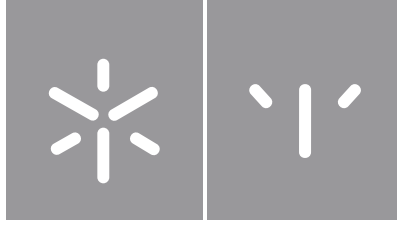


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Patrícia Lopes Peixoto

**Validade dos Indicadores de Perda de
Controlo na Ingestão Compulsiva:
População Bariátrica**

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Patrícia Lopes Peixoto

**Validade dos Indicadores de Perda de
Controlo na Ingestão Compulsiva:
População Bariátrica**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eva Conceição
e da
Doutora Ana Rita Vaz

junho de 2019

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgal
CC BY-NC-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração.”

Sou eternamente grata aos meus pais pela oportunidade de embarcar neste percurso acadêmico, por estarem presentes em todas as etapas, por celebrarem comigo as vitórias e me confortarem nos momentos menos positivos. Acima de tudo, obrigada por confiarem inabalavelmente de que sou capaz e nunca desistirem de mim!

As memórias do coração são muitas, não podendo deixar de agradecer ao meu grande amigo e confidente Alexis por todo o apoio, pela enorme paciência, pelo carinho, pelas palavras de conforto e acima de tudo, pela presença constante e pelo enorme suporte.

Sou muito grata, também, à Professora Doutora Eva Conceição e à Doutora Ana Rita Vaz por terem feito parte desta etapa acadêmica, por toda a ajuda, pela disponibilidade que sempre demonstraram, por todos os conhecimentos que me transmitiram, pela paciência, pela tranquilidade que me passaram e por todo o apoio que sempre me deram. Não podia deixar de agradecer também à Doutora Ana Pinto Bastos pela enorme disponibilidade para comigo, pelas palavras de conforto e por todos os conhecimentos que partilhou comigo.

“Novo tempo e já memória” de amizades que se construíram neste bonito percurso acadêmico, um obrigado de coração por todos os momentos, pelas partilhas e por me mostrarem todos os dias que somos capazes de conquistar muitas metas e contornar obstáculos sem nunca perder a nossa essência. Obrigada a estas 8 bonitas amizades, por ontem, por hoje e pelo amanhã.

A U.DREAM, uma das mais bonitas memórias do coração que levo deste percurso acadêmico. Obrigada por me mostrarem que a felicidade está nas mais pequenas coisas, que somos capazes de mudar o mundo e que podemos ser impacto na vida de muitas pessoas. Obrigada pelo enorme crescimento pessoal e por todo o amor em forma de pessoas. Obrigada a todos esses coraçõezinhos azuis que passaram pela minha vida.

E porque “aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós, deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”, um enorme obrigada a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para esta etapa da minha vida.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Anna Patrícia Lopes Peixoto

Resumo

A presente investigação tem como principal objetivo estudar os indicadores de perda de controlo, propostos pelo *DSM-5* para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), na população bariátrica. A amostra, toda do sexo feminino, foi composta por 155 pacientes com episódios bulímicos objetivos (EBO) (40 Pré-Operatório, 28 Pós-Operatório, 53 Bulimia Nervosa e 34 PIAC) e 98 pacientes bariátricos com episódios bulímicos subjetivos (EBS) (46 Pré-Operatório e 52 Pós-Operatório). Os dados considerados foram obtidos a partir da entrevista clínica de diagnóstico *EDE* e pelo *EDE* questionário (*EDE-Q*). Os quatro grupos com EBO foram comparados em termos dos indicadores de perda de controlo, assim como, comparações tendo em conta o tipo de episódio foram efetuadas. O grupo Pós-Operatório reportou, em média, um menor número de indicadores de perda de controlo, assim como, reportou em menor percentagem cada um dos indicadores, em comparação com os restantes grupos. Para os pacientes Pós-Operatório com EBO, um número maior de indicadores relatados foi associado a maior psicopatologia do comportamento alimentar. Os pacientes bariátricos com EBO relataram maior número de indicadores do que os pacientes bariátricos com EBS. Os resultados sugerem que alguns dos indicadores podem não se adequar aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, episódio bulímico objetivo, episódio bulímico subjetivo, indicadores de perda de controlo, ingestão compulsiva

Validity of the Indicators of Loss of Control in Binge Eating: Bariatric Population

Abstract

This study has as main objective to study the indicators of loss of control (LOC), proposed by the DSM-5 for binge eating disorder (BED), in the bariatric population. The sample, all women, consisted of 155 patients with objective binge eating (OBE) (40 Preoperative, 28 Postoperative, 53 Bulimia Nervosa and 34 BED) and 98 bariatric patients with subjective binge eating (SBE) (46 Preoperative and 52 Postoperative). The considered data were obtained from the Eating Disorder Examination (EDE) and the EDE questionnaire (EDE-Q). The four groups with OBE were compared in terms of LOC indicators, as well as comparisons in terms of the type of episode were carried out. The Postoperative group reported, on average, a lower number of LOC indicators, as did report a smaller percentage of each of the indicators, compared to the other groups. To the Postoperative patients with OBE, a higher number of indicators reported was associated with increased eating disorder psychopathology. The bariatric patients with OBE reported a larger number of indicators than bariatric patients with SBE. The results suggest that some of the indicators may not fit the Postoperative population.

Keywords: bariatric surgery, objective bulimic episode, subjective bulimic episode, loss of control indicators, binge eating

Índice

Validade dos Indicadores de Perda de Controlo na Ingestão Compulsiva: População Bariátrica	8
Método.....	11
Amostra.....	11
Procedimento	11
Instrumentos	12
Questionário Sociodemográfico	12
<i>Eating Disorder Examination (EDE)</i>	12
<i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</i>	12
Análise Estatística	13
Resultados	13
Discussão.....	22
Referências	27
Anexos	29
Anexo A: Parecer Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde 1	29
Anexo B: Parecer Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde 2	30

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	15
Tabela 2. <i>Comparações entre Pré, Pós, BN e PIAC em variáveis demográficas e de perturbação alimentar</i>	17
Tabela 3. <i>Indicadores de perda de controlo reportados pelos grupos Pré, Pós, BN e PIAC</i>	18
Tabela 4. <i>Número de indicadores de perda de controlo como preditor de psicopatologia tendo em conta toda a amostra em estudo com EBO</i>	19
Tabela 5. <i>Número de indicadores de perda de controlo como preditor de psicopatologia no grupo Pós-Operatório</i>	20
Tabela 6. <i>Indicadores de perda de controlo reportados pelos pacientes com EBO e pelos pacientes com EBS</i>	22

Validade dos Indicadores de Perda de Controlo na Ingestão Compulsiva: População Bariátrica

Cada vez mais a alimentação é um tema que desperta interesse quer na população quer no âmbito da investigação. A alimentação perturbada tem vindo a ser explorada ao longo dos tempos e tem-se verificado que a ingestão alimentar compulsiva é uma característica marcante e comum neste tipo de alimentação, funcionando como um critério importante e central no diagnóstico da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e no diagnóstico de Bulimia Nervosa.

Segundo o *DSM-5*, a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, onde, num curto período, é ingerida uma quantidade de alimentos superior à que a maioria dos indivíduos comeria num intervalo de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias, na qual é experienciada uma sensação de perda de controlo sob o ato de comer, na ausência de comportamentos compensatórios. Dada a ingestão de quantidades de alimentos objetivamente grandes e a presença de perda de controlo sob o ato de comer estamos perante um episódio bulímico objetivo (EBO), comumente designado.

A perda de controlo sob o ato de comer é, assim, um atributo elementar na ingestão compulsiva, sendo definida como uma sensação subjetiva de que não se consegue parar de comer ou controlar a quantidade e o que se come.

Comer muito mais rápido que o habitual; comer até se sentir desagradavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade e sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva são identificados pelo *DSM-5* como indicadores de perda de controlo sob o ato de comer que permitem determinar a presença e a gravidade da perda de controlo (American Psychiatric Association, 2013).

A eficiência e a validade destes indicadores de perda de controlo têm vindo a ser estudadas por diferentes autores. Um estudo retrospectivo de White e Grilo (2011) sugeriu que cada um dos 5 indicadores tem um alto valor preditivo em relação ao diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e Bulimia Nervosa. As suas descobertas sugerem ainda que “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade” atua como o melhor critério de inclusão geral, ou seja, a presença deste indicador parece conseguir prever com maior precisão a presença do diagnóstico, enquanto que, “sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva” opera como o melhor critério de exclusão, onde a ausência deste indicador parece conseguir prever com maior precisão a ausência de diagnóstico. Preconizam também, tendo por base o cálculo do *TPV (total predictive value)*, que os melhores indicadores gerais para identificar

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

corretamente ingestão compulsiva parecem ser a “ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome” e “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade”. Posteriormente, um outro estudo, que utilizou um *design* de avaliação momentânea ecológica, sugeriu que, na população de adultos com obesidade, todos os indicadores de perda de controlo, à exceção de “comer muito mais rápido que o habitual”, foram unicamente associados com o autorrelato de ingestão compulsiva (Goldschmidt et al., 2018). No entanto, uma outra investigação, cujo objetivo era analisar como as características associadas à ingestão compulsiva contribuem para a evidência de uma perturbação alimentar clinicamente significativa, propôs que os indicadores de perda de controlo possuíam baixa consistência interna, assim como, demonstravam baixas associações com o sofrimento relacionado com a ingestão compulsiva e o diagnóstico clínico numa amostra da comunidade (Klein, Forney, & Keel, 2016). Por fim, ainda que o objetivo da investigação não era o estudo da validade dos indicadores de perda de controlo, Ivezaj *et al.* (2017) verificaram que o indicador mais reportado por pacientes submetidos a um procedimento de cirurgia bariátrica, *Sleeve* Gástrico, era o “sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva” e o menos mencionado pelos pacientes era o “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade”.

A perda de controlo sob a alimentação tem vindo a ser, ao longo dos anos, alvo de estudo na população submetida a um procedimento de plastia do estômago, a cirurgia bariátrica. Após a mesma, a perda de controlo evidencia ser comum e estar associada a piores resultados de peso, bem como a piores resultados psicossociais (Colles, Dixon, & O'Brien, 2008). Tem-se verificado que, à medida que o tempo entre a cirurgia e a avaliação dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica aumenta, a probabilidade de estes reportarem perda de controlo sobre a alimentação também aumenta (White, Kalarchian, Masheb, Marcus, & Grilo, 2010). A par com a perda de controlo, estes pacientes referem menores níveis de qualidade de vida, elevados sintomas depressivos e distúrbios alimentares adicionais (White et al., 2010). Esta perda de controlo sobre a alimentação após a cirurgia tem se revelado como um indicador de prognóstico negativo para a perda de peso, onde parece prever menor perda de peso aos 12 e 24 meses (White et al., 2010).

Apesar da presença de perturbações alimentares a curto prazo nesta população, parece ser em avaliações a longo prazo que a perda de controlo demonstra estar significativamente associada a maior comprometimento psicológico e a maior recuperação de peso (Conceição et al., 2014a). Esta recuperação de peso, em pacientes com episódios de perda de controlo sobre a alimentação, sugere que a presença de perda de controlo poderá estar associada com a deterioração dos resultados obtidos a curto prazo com a cirurgia bariátrica (Conceição et al., 2014a). Também, os problemas com a imagem

corporal parecem ter um maior comprometimento para estes pacientes a longo prazo (Conceição et al., 2014a).

Na cirurgia bariátrica, a presença de episódios que cumpram os critérios do *DSM-5* de ingestão alimentar compulsiva pode não ser fisicamente possível para os pacientes, onde a ingestão de quantidades objetivamente grandes de alimentos é bastante difícil devido à restrição cirúrgica do volume gástrico que leva a mudanças anatómicas e fisiológicas (Conceição, Utzinger, & Pissetsky, 2015). Contudo, o sentimento de perda de controlo sob o ato de comer parece ter um impacto significativo, independentemente da quantidade de alimentos ingeridos, no peso e nos resultados psicossociais (White et al., 2010). Deste modo, cada vez mais os investigadores têm orientado as suas investigações para a ingestão alimentar compulsiva subjetiva, onde se centram no estudo da perda de controlo na ingestão de quantidades de comida não objetivamente grandes (Marcus, Kalarchian, & Courcoulas, 2009), vulgarmente designados de episódios bulímicos subjetivos (EBS). Além disso, a literatura tem vindo a sugerir que a perda de controlo pode funcionar como o critério mais relevante na definição de ingestão compulsiva, independentemente do tamanho do episódio compulsivo (Goldschmidt, 2017). White e colaboradores (2010) sugerem ainda que, após a cirurgia bariátrica, o critério clínico mais informativo na previsão de resultados de peso parece ser a presença ou ausência de perda de controlo. A investigação tem vindo a demonstrar que pacientes submetidos a cirurgia bariátrica que apresentam todos os critérios de uma Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, à exceção da ingestão de quantidades objetivamente grandes de alimentos, se assemelham aos pacientes com o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, apresentando psicopatologia do comportamento alimentar e sintomas depressivos comparáveis (Ivezaj, Barnes, Cooper, & Grilo, 2018).

Deste modo, e tendo em conta a importância da perda de controlo na população submetida a cirurgia bariátrica, torna-se relevante haver uma melhor compreensão dos indicadores de perda de controlo nesta população, no sentido de contribuir para uma melhor identificação, avaliação e tratamento da perda de controlo nestes pacientes. Assim, o presente estudo tem como principal objetivo validar os indicadores de perda de controlo na população bariátrica, mais especificamente, (1) caracterizar a perda de controlo, tendo em conta os 5 indicadores de perda de controlo, e averiguar possíveis diferenças em comparação com a população com Bulimia Nervosa e com Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, (2) explorar a relação entre os indicadores de perda de controlo e a presença de psicopatologia e, ainda, (3) comparar os 2 tipos de episódios bulímicos (EBO e EBS) ao nível dos indicadores de perda de controlo. Desta forma, poderemos abrir caminho para uma melhor compreensão

do fenómeno de perda de controlo e do comportamento de ingestão alimentar compulsiva na população bariátrica.

Método

Amostra

A amostra selecionada é uma amostra de conveniência recrutada de estudos maiores no âmbito da investigação em Perturbações Alimentares pelo Grupo de Estudos de Perturbações Alimentares da Universidade do Minho (GEPA). Assim, a amostra do corrente estudo foi composta por 1 grupo de pacientes bariátricos (pré e pós cirurgia) com episódios bulímicos subjetivos (EBS) e 4 grupos distintos de pacientes com episódios bulímicos objetivos (EBO). Destes 4 grupos, o grupo principal em estudo eram pacientes envolvidos num procedimento de cirurgia bariátrica, sendo estes divididos em dois grupos. O grupo Pré-Operatório, constituído por pacientes com obesidade avaliados antes da realização da intervenção e o grupo Pós-Operatório, composto por pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica. No sentido de estudar e comparar o fenómeno de perda de controlo em episódios de ingestão alimentar compulsiva, mais concretamente os indicadores de perda de controlo apresentados pelo *DSM-5*, foram envolvidos na investigação outros 2 grupos de pacientes cujo fenómeno de perda de controlo tem vindo a ser estudado, nomeadamente num dos grupos em questão, os indicadores fazem parte do diagnóstico. Deste modo, foi incluído na amostra um grupo de pacientes com o diagnóstico de Bulimia Nervosa e um grupo de pacientes com o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.

Procedimento

O presente estudo seguiu um design transversal inter-participante, contando com participantes que se encontram inseridos em estudos mais amplos realizados em centros hospitalares Portugueses (Anexo A e Anexo B).

Todos os pacientes que integraram a amostra em estudo foram avaliados numa fase inicial através de uma entrevista clínica e posteriormente, um conjunto de questionários foram também preenchidos de acordo com o tipo de estudo que estavam a integrar e em momentos distintos. A confidencialidade dos participantes em estudo foi novamente assegurada.

Os pacientes bariátricos integram estudos maiores cuja avaliação foi realizada em diferentes momentos, nomeadamente, antes da realização da cirurgia, e em momentos distintos após a realização da mesma. Inclusive, alguns dos pacientes da amostra fizeram parte de estudos longitudinais e transversais que avaliaram consecutivamente pacientes candidatos a cirurgia bariátrica e pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (Conceição et al., 2014b; Conceição et al., 2017; Pinto-Bastos et al., 2018). Para fins da presente investigação, foram envolvidos pacientes que apresentavam EBO e/ou EBS,

e no caso dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, foi tido em conta também o tempo passado desde a operação, sendo incluídos aqueles cuja cirurgia tenha ocorrido há 12 meses ou mais. Este momento temporal foi definido tendo por base a incapacidade destes pacientes em ingerir quantidades objetivamente grandes de alimentos numa fase inicial, e tendo em conta a literatura, que tem vindo a salientar que parece ser em avaliações a longo prazo que a perda de controlo tem um maior impacto (Conceição et al., 2014a; White et al., 2010). É de notar, que os pacientes considerados no grupo Pré-Operatório não foram os mesmos pacientes que foram incluídos no grupo Pós-Operatório.

No que diz respeito ao grupo de pacientes com o diagnóstico de Bulimia Nervosa e o grupo com o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, estes foram avaliados em diferentes momentos ao longo do período de tratamento, sendo que, para o presente estudo foram apenas considerados os dados obtidos na primeira consulta de tratamento.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico.

O questionário sociodemográfico é composto por um conjunto de itens que visam a recolha de dados como o sexo, a idade, o nível de escolaridade, o estado civil, entre outras informações que permitiram a caracterização da amostra em estudo.

Eating Disorder Examination (EDE).

A *EDE* (Fairburn & Cooper, 1993) é uma entrevista clínica semiestruturada desenvolvida para medir psicopatologias específicas características das perturbações alimentares. É composta por 4 subescalas (Preocupação com a Forma, Preocupação com o Peso, Restrição Alimentar e Preocupação com a Comida) que permitem a avaliação da gravidade e da frequência de comportamentos relacionados com o distúrbio alimentar nos últimos 28 dias. Foi validada para a população portuguesa por Machado e colegas (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).

O *EDE-Q* (Fairburn & Beglin, 1994), validado para a população portuguesa por Machado e colegas (Machado et al., 2014) é um questionário de autorrelato, composto por 28 itens respondidos numa Escala de *Likert* de 7 pontos, que permite a avaliação de sintomas resultantes de perturbações alimentares e características psicológicas associadas. Este centra-se nas últimas 4 semanas (28 dias) aquando do preenchimento do mesmo e é constituído por 4 subescalas, a Preocupação com a Forma, a Preocupação com o Peso, a Restrição Alimentar e a Preocupação com a Comida, permitindo obter um *score* correspondente a cada uma das referidas subescalas, assim como, permite o cálculo de um *score*

global. *Scores* mais elevados apontam para mais características relacionadas com a Perturbação do Comportamento Alimentar.

Apresenta boas características psicométricas para as 4 subescalas que o constituem.

Análise Estatística

O *Software IBM SPSS Statistics 22.0* foi utilizado como ferramenta de análise de dados.

Numa fase inicial, foram realizadas análises de estatística descritiva no sentido de proceder à caracterização da amostra em estudo.

Posteriormente, com o propósito de verificar se os quatro grupos de pacientes com EBO diferiam significativamente ao nível de algumas variáveis demográficas e de perturbação alimentar, foi utilizada a ANOVA Unifatorial e o Teste de *Kruskal-Wallis*, como testes estatísticos. É de salientar que as variáveis anteriormente referidas não cumpriam os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias, pelo que o teste não-paramétrico correspondente, Teste de *Kruskal-Wallis*, foi utilizado. No entanto, e uma vez que os resultados aferidos pelos dois testes se revelaram semelhantes para algumas variáveis, optamos por relatar e expor os resultados correspondentes à ANOVA Unifatorial dada a sua maior robustez. Para as variáveis em que os resultados se revelaram diferentes o teste não-paramétrico prevaleceu.

O teste do *Qui-Quadrado* foi utilizado com vista a identificar uma possível associação entre o grupo a que o participante pertence e cada um dos indicadores de perda de controlo e, posteriormente, entre o tipo de episódio reportado (EBO e EBS) e cada um dos 5 indicadores de perda de controlo.

No sentido de explorar a relação entre os indicadores de perda de controlo e a presença de psicopatologia, foi realizada uma Regressão Linear Simples para toda a amostra que apresentava episódios bulímicos objetivos e, posteriormente, para o grupo Pré-Operatório e para o grupo Pós-Operatório em particular.

Por fim, para finalizar a comparação entre os pacientes com EBO e os pacientes com EBS, o Teste T para Amostras Independentes foi utilizado. À semelhança do que foi descrito anteriormente, os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias não se encontravam cumpridos, procedendo-se à realização do teste não-paramétrico complementar, Teste de *Mann-Whitney*, cujos resultados se revelaram semelhantes. Procedeu-se assim, à descrição dos resultados do teste paramétrico, tal como na situação descrita previamente.

Resultados

A amostra do presente estudo foi composta por 98 participantes com EBS e 155 participantes com EBO, perfazendo um total de 253 pacientes em estudo.

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Dos 155 participantes com EBO, todos do sexo feminino, 40 (25.8%) pertenciam ao grupo Pré-Operatório, 28 (18.1%) ao grupo Pós-Operatório, 53 (34.2%) ao grupo BN e 34 (21.9%) ao grupo PIAC.

A Tabela 1 apresenta algumas informações sociodemográficas relevantes e a Tabela 2 resume variáveis demográficas e de perturbação alimentar e respetivas comparações entre os 4 grupos em estudo.

O grupo Pré-Operatório apresentava idades compreendidas entre os 23 e os 64 anos de idade ($M = 42.25$, $DP = 12.12$) e posicionou-se no Grau III de Obesidade ($IMC > 40$) segundo os valores estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Tal como representado na tabela 1, a maioria das pacientes que integram este grupo, encontravam-se casadas ($n = 19$, 47.5%) e a trabalhar ($n = 25$, 62.5%), sendo o ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo) o nível de escolaridade que a maioria das pacientes possuía ($n = 24$, 60.0%).

As pacientes pertencentes ao grupo Pós-Operatório foram submetidas a uma cirurgia bariátrica, Banda Gástrica ($n = 13$, 46.4%), *Sleeve* Gástrico ($n = 2$, 7.1%) ou *By-pass* Gástrico ($n = 13$, 46.6%), tendo esta sido realizada no mínimo há 12 meses e no máximo há 113 meses ($M = 29.57$, $DP = 22.26$). Em termos de IMC médio, estas pacientes enquadravam-se no Grau II de Obesidade ($35 < IMC < 39.9$) e apresentavam idades muito semelhantes ao grupo Pré-Operatório, situando-se entre os 25 e os 62 anos de idade ($M = 45.93$, $DP = 9.46$). Como se pode verificar na tabela 1, na generalidade, as pacientes estavam casadas ($n = 17$, 60.7%), desempregadas ($n = 12$, 42.9%) e detinham o nível básico de escolaridade ($n = 16$, 72.7%).

Já o grupo das pacientes com Bulimia Nervosa, exibiu idades inferiores em comparação com o grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.), tal como é perceptível na tabela 2. As pacientes tinham idades compreendidas entre os 16 e os 51 anos de idade ($M = 28.67$, $DP = 9.22$) e apresentavam um IMC médio considerado normal ($18.5 < IMC < 24.9$). No que diz respeito ao estado civil e situação profissional, a maioria das pacientes, ao contrário dos grupos anteriormente descritos, eram solteiras ($n = 26$, 50.0%) e encontravam-se empregadas ($n = 32$, 61.5%), sendo que uma percentagem relevante, encontrava-se ainda a estudar ($n = 16$, 30.8%), como demonstra a tabela 1.

Por fim, o grupo PIAC apresentava idades semelhantes ao grupo com Bulimia Nervosa e inferiores ao grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.), tal como está representado na tabela 2, situando-se entre os 16 e os 45 anos de idade ($M = 29.50$, $DP = 8.54$). Segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, estas pacientes apresentavam excesso de peso ($25 < IMC < 29.9$). Tal como o grupo anterior, a maioria das pacientes encontravam-se solteiras ($n = 17$, 68.0%) e empregadas ($n = 15$, 62.5%).

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

		Pré-Op. <i>N</i> (%)	Pós-Op. <i>N</i> (%)	BN <i>N</i> (%)	PIAC <i>N</i> (%)
Estado Civil	Solteira	9 (22.5)	3 (10.7)	26 (50.0)	17 (68.0)
	Casada	19 (47.5)	17 (60.7)	18 (34.6)	6 (24.0)
	Vive Junta	5 (12.5)	4 (14.3)	2 (3.8)	-
	Separada	1 (2.5)	2 (7.1)	-	-
	Divorciada	4 (10.0)	2 (7.1)	5 (9.6)	2 (8.0)
	Viúva	2 (5.0)	-	1 (1.9)	-
Emprego	Empregada	25 (62.5)	11 (39.3)	32 (61.5)	15 (62.5)
	Desempregada	11 (27.5)	12 (42.9)	3 (5.8)	1 (4.2)
	Reformada / Doméstica	2 (5.0)	5 (17.9)	1 (1.9)	-
	Estudante	2 (5.0)	-	16 (30.8)	8 (33.3)
Nível de Escolaridade	1º Ciclo	7 (17.5)	7 (31.8)		
	2º Ciclo	9 (22.5)	6 (27.3)		
	3º Ciclo	8 (20.0)	3 (13.6)		
	Secundário	5 (12.5)	2 (9.1)		
	Ensino Superior Inacabado	2 (5.0)	2 (9.1)		
	Ensino Superior Completo	8 (20.0)	2 (9.1)		
	Pós-Graduação	1 (2.5)	-		

Nota. As pacientes dos grupos BN e PIAC não possuíam dados referentes ao nível de escolaridade.

De acordo com os dados representados na tabela 2 e tendo em conta o Teste de *Mann-Whitney* e respetiva Correção de *Bonferroni*, apurou-se que o grupo Pós-Operatório reportou, em média, menos episódios bulímicos objetivos do que os grupos BN e PIAC, assim como o grupo Pré-Operatório em comparação com o grupo BN. Averiguou-se ainda, que o grupo Pré-Operatório e o grupo Pós-Operatório reportavam, em média, um menor número de indicadores de perda de controlo em comparação com os grupos BN e PIAC. No que diz respeito ao *EDE-Q*, testes *Post-Hoc* demonstraram que o grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.) apresentava menores níveis de psicopatologia associada com a restrição alimentar e preocupação com a comida em comparação com os grupos BN e PIAC. O mesmo se sucedeu para os níveis de psicopatologia geral. Ao nível da subescala restrição verificaram-se ainda diferenças entre o grupo BN e PIAC. Testes de *Mann-Whitney* e respetiva Correção de *Bonferroni* indicaram que, uma vez

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

mais, o grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.) apresentava menores níveis de psicopatologia associada com a preocupação com a forma corporal em comparação com os grupos BN e PIAC. Já no que diz respeito à subescala preocupação com o peso, verificou-se que o grupo Pós-Operatório exibia menores níveis de psicopatologia quando comparado com o grupo BN e PIAC.

A tabela 3 representa a percentagem de participantes que reporta cada um dos 5 indicadores de perda de controlo em cada grupo em estudo, assim como os resultados referentes ao teste estatístico aplicado. À semelhança dos resultados anteriormente relatados, o grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.) reporta menos todos os indicadores de perda de controlo, sendo o grupo Pós-Operatório o que reporta menos cada um dos 5 indicadores de perda de controlo durante os episódios bulímicos objetivos. Verificou-se que, no geral, o indicador mais reportado pelos pacientes é o “sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva”. O indicador “comer sozinho por vergonha”, por sua vez, é o indicador menos reportado por todos os grupos à exceção das pacientes com Bulimia Nervosa, que reportam em menor quantidade o indicador “comer mais rápido que o habitual”. O Teste do *Qui-Quadrado* evidenciou associações estatisticamente significativas entre o grupo que o participante pertence e os indicadores de perda de controlo, tal como representado na tabela 3.

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Tabela 2

Comparações entre Pré, Pós, BN e PIAC em variáveis demográficas e de perturbação alimentar

	Pré-Operatório	Pós-Operatório	BN	PIAC	Teste Estatístico
Variável	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>F</i>
Idade ^{b, c, d, e}	42.25 (12.12)	45.93 (9.46)	28.67 (9.22)	29.50 (8.54)	28.60***
IMC ^{a, b, c, d, e, f}	43.92 (5.56)	36.64 (5.50)	22.71 (4.30)	27.65 (7.73)	115.31***
EBO ^{b, d, e}	11.45 (13.37)	8.18 (9.70)	25.51 (28.36)	20.09 (24.40)	¹ 18.96***
Indicadores ^{b, c, d, e}	3.78 (0.97)	2.89 (1.45)	4.66 (0.88)	4.79 (0.41)	¹ 64.51***
<i>EDE-Q</i>					
Restrição ^{b, c, d, e, f}	1.63 (1.33)	1.53 (1.28)	3.71 (1.54)	2.76 (1.49)	19.00***
Preocupação Forma ^{b, c, d, e}	4.12 (1.27)	3.27 (1.71)	4.96 (1.00)	4.84 (1.35)	¹ 25.03***
Preocupação Comida ^{b, c, d, e}	1.93 (1.48)	1.64 (1.67)	3.95 (1.37)	3.67 (1.40)	21.63***
Preocupação Peso ^{d, e}	4.22 (1.02)	3.12 (1.68)	4.60 (1.31)	4.50 (1.38)	¹ 16.79***
Score Total ^{b, c, d, e}	2.94 (0.90)	2.39 (1.35)	4.29 (1.08)	3.94 (1.13)	20.24***

Nota. IMC – Índice de massa corporal no momento da avaliação; EBO – Número de episódios bulímicos objetivos no último mês; Indicadores – Número de indicadores de perda de controlo reportados; *EDE-Q* – *Eating Disorder Examination Questionnaire*; ^a Diferenças estatisticamente significativas entre o Pré-Op. e o Pós-Op.; ^b Diferenças estatisticamente significativas entre o Pré-Op. e a BN; ^c Diferenças estatisticamente significativas entre o Pré-Op. e a PIAC; ^d Diferenças estatisticamente significativas entre o Pós-Op. e a BN; ^e Diferenças estatisticamente significativas entre o Pós-Op. e a PIAC; ^f Diferenças estatisticamente significativas entre a BN e a PIAC.

¹ Teste de *Kruskal-Wallis* (X^2)

*** $p \leq .001$

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Tabela 3

Indicadores de perda de controlo reportados pelos grupos Pré, Pós, BN e PIAC

	Pré- Op.	Pós- Op.	BN	PIAC	Teste Estatístico	Associações Estatisticamente Significativas
	%	%	%	%	χ^2	
Comer mais rápido que o habitual	82.5	60.7	84.9	97.1	14.46**	Pré, BN e PIAC > Pós
Comer até se sentir desagradavelmente cheio	80.0	53.6	94.3	97.1	28.11***	Pré, BN e PIAC > Pós; PIAC > Pré
Comer grandes quantidades de comida sem sentir fome	85.0	71.4	94.3	100.0	15.27**	BN e PIAC > Pós; PIAC > Pré
Comer sozinho por vergonha	40.0	28.6	96.2	85.3	57.60***	BN e PIAC > Pós; BN e PIAC > Pré
Sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão	90.0	75.0	96.2	100.0	14.77**	BN e PIAC > Pós

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$

Em seguida, na tabela 4, encontram-se representados os resultados do modelo de regressão linear simples em que o número de indicadores de perda de controlo foi empregue como preditor de psicopatologia. Verificou-se, que para todas as subescalas do *EDE-Q* e *score* total o modelo revelou-se estatisticamente significativo, apresentando uma direção positiva.

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Tabela 4

Número de indicadores de perda de controlo como preditor de psicopatologia tendo em conta toda a amostra em estudo com EBO

<i>EDE-Q Restrição</i>				
Nº de Indicadores	R ² (R ² ajustado)	F(1, 133)	β	t
Reportados	.094 (.087)	13.773***	.306	3.711***
<i>EDE-Q Preocupação com a Forma Corporal</i>				
Nº de Indicadores	R ² (R ² ajustado)	F(1, 133)	β	t
Reportados	.153 (.147)	24.113***	.392	4.911***
<i>EDE-Q Preocupação com a Comida</i>				
Nº de Indicadores	R ² (R ² ajustado)	F(1, 134)	β	t
Reportados	.189 (.183)	31.151***	.434	5.581***
<i>EDE-Q Preocupação com o Peso</i>				
Nº de Indicadores	R ² (R ² ajustado)	F(1, 134)	β	t
Reportados	.103 (.097)	15.428***	.321	3.928***
<i>EDE-Q Score Total</i>				
Nº de Indicadores	R ² (R ² ajustado)	F(1, 134)	β	t
Reportados	.188 (.182)	31.064***	.434	5.574***

*** $p \leq .001$

Os resultados do modelo acima relatado englobaram os 155 participantes até então estudados, no entanto, tendo em conta os resultados presentes na tabela 3 e sabendo que para a Bulimia Nervosa e para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva os pacientes reportam um maior número de indicadores de perda de controlo e está presente psicopatologia, revelou-se pertinente reproduzir este mesmo modelo no grupo bariátrico, dada a grande variabilidade ao reportar os indicadores de perda de controlo. Neste sentido, um modelo de regressão linear simples foi reproduzido para o grupo Pré-Operatório e para o grupo Pós-Operatório em que, novamente, o número de indicadores reportados foi

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

testado como preditor de psicopatologia. Apurou-se que no grupo Pré-Operatório o modelo não se revelou significativo para nenhuma subescala do *EDE-Q* e *score* total. No entanto, no grupo Pós-Operatório, à exceção da subescala Preocupação com o Peso [$F(1, 19) = 1.901, p = .184$], verificou-se que quanto maior o número de indicadores de perda de controlo reportados, maiores níveis de psicopatologia eram apresentados, tal como é apresentado na tabela 5.

Tabela 5

Número de indicadores de perda de controlo como preditor de psicopatologia no grupo Pós-Operatório

<i>EDE-Q Restrição</i>				
Nº de Indicadores Reportados	R ² (R ² ajustado)	<i>F</i> (1, 19)	β	<i>t</i>
	.226 (.186)	5.556*	.476	2.357*
<i>EDE-Q Preocupação com a Forma Corporal</i>				
Nº de Indicadores Reportados	R ² (R ² ajustado)	<i>F</i> (1, 19)	β	<i>t</i>
	.314 (.278)	8.687**	.560	2.947**
<i>EDE-Q Preocupação com a Comida</i>				
Nº de Indicadores Reportados	R ² (R ² ajustado)	<i>F</i> (1, 19)	β	<i>t</i>
	.338 (.303)	9.709**	.582	3.116**
<i>EDE-Q Score Total</i>				
Nº de Indicadores Reportados	R ² (R ² ajustado)	<i>F</i> (1, 19)	β	<i>t</i>
	.317 (.281)	8.811**	.563	2.968**

** $p \leq .01$; * $p < .05$

Por fim, foram envolvidos nas análises os 98 pacientes bariátricos que apresentavam apenas EBS, com o intuito de comparar com os pacientes bariátricos até então estudados na presente investigação. Dos 68 pacientes que compunham o grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.) e que constituíram o grupo de pacientes com EBO para a comparação EBO vs. EBS, foram excluídos das análises 14 pacientes, uma vez que, além de apresentarem EBO também apresentavam EBS. Assim, o grupo que constituiu os pacientes apenas com EBO foi composto por 54 pacientes.

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

Dos 98 pacientes incluídos, todos do sexo feminino, 46 (46.9%) eram pacientes pré cirúrgicos e 52 (53.1%) eram pacientes que já tinham realizado uma cirurgia bariátrica, Banda Gástrica ($n = 11$, 21.2%), *Sleeve* Gástrico ($n = 15$, 28.8%) ou *By-Pass* Gástrico ($n = 26$, 50.0%) no mínimo há 23 meses e no máximo há 80 meses ($M = 30.67$, $DP = 9.19$). Apresentavam idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos de idade ($M = 45.04$, $DP = 11.29$) e enquadravam-se no Grau II de Obesidade ($35 < IMC < 39.9$). A maioria das pacientes encontravam-se a trabalhar ($n = 51$, 52.0%) e estavam casadas ($n = 55$, 56.1%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, a generalidade das pacientes possuía o ensino básico ($n = 61$, 65.7%).

Ao proceder à comparação entre os pacientes bariátricos que reportavam apenas EBO e os pacientes bariátricos que reportavam unicamente EBS, verificou-se que não existe uma associação significativa entre o tipo de episódio apresentado e reportar ou não cada um dos 5 indicadores de perda de controlo, apenas associações marginalmente significativas foram encontradas para os indicadores “Comer até se sentir desagradavelmente cheio”, “Comer grandes quantidades de comida sem sentir fome” e “Comer sozinho por vergonha”. Analisadas as diferenças entre os dois grupos em estudo, averiguou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que reportavam EBO e os pacientes que reportavam EBS ao nível do número de indicadores reportados, $t(150) = 2.34$, $p = .021$. Os pacientes com EBO reportaram maior número de indicadores de perda de controlo ($M = 3.37$, $DP = 1.32$) do que pacientes com EBS ($M = 2.87$, $DP = 1.24$). Ao nível das subescalas do *EDE-Q* e *score* total não se verificaram diferenças entre os grupos.

A tabela 6 representa a percentagem de pacientes que reporta cada um dos 5 indicadores de perda de controlo em relação a cada tipo de episódio, e os valores do teste estatístico aplicado. No geral, o indicador mais reportado pelos dois grupos foi “Sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão” e o menos reportado foi “Comer sozinho por vergonha”.

Tabela 6

Indicadores de perda de controlo reportados pelos pacientes com EBO e pelos pacientes com EBS

	EBO	EBS	Teste Estatístico		
	%	%	df	χ^2	p
Comer mais rápido que o habitual	75.9	64.3	1	2.183	.140
Comer até se sentir desagradavelmente cheio	68.5	54.1	1	3.005	.083
Comer grandes quantidades de comida sem sentir fome	75.9	62.2	1	2.952	.086
Comer sozinho por vergonha	35.2	21.4	1	3.398	.065
Sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão	81.5	84.7	1	.261	.609

Discussão

O presente estudo tinha como principal objetivo estudar os indicadores de perda de controlo, propostos pelo *DSM-5* para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, na população bariátrica.

Os nossos resultados demonstraram que o grupo de pacientes bariátricos (Pré-Op. e Pós-Op.), perante um episódio bulímico objetivo, reportou, em média, um menor número de indicadores de perda de controlo, quando comparados com os pacientes com BN e PIAC. Ainda assim, os pacientes pré-cirurgia, ao contrário dos pacientes pós-cirúrgicos, reportaram uma média superior aos 3 indicadores, valor de referência utilizado pelo *DSM-5* na identificação de episódios de ingestão alimentar compulsiva no diagnóstico de PIAC. Verificámos ainda, que o grupo Pós-Operatório reportou cada um dos indicadores de perda de controlo em menor percentagem, quando comparado com os grupos BN e PIAC, cujos pacientes, na sua maioria, mencionam a presença de cada um dos 5 indicadores.

“Comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade” foi o indicador menos reportado pelo grupo bariátrico (Pré-Op. e Pós-Op.), em que mais de metade dos pacientes do Pré-Operatório e dos pacientes do Pós-Operatório mencionou que este comportamento não estava presente perante um episódio bulímico objetivo. O mesmo não se verificou nos grupos BN e PIAC, que tal como os outros 4 indicadores, a maioria dos pacientes referiu que este comportamento acompanhava o episódio de ingestão compulsiva. Este resultado observado nos pacientes bariátricos, mais

concretamente nos pacientes Pós-Operatório, assemelha-se aos resultados obtidos no estudo de Ivezaj *et al.* (2017) em que um grupo de pacientes submetidos a uma cirurgia bariátrica, *Sleeve* Gástrico, foi dividido em dois grupos, um grupo cujos pacientes apresentavam todos os critérios para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, à exceção de ingerir grandes quantidades de comida, e um grupo de pacientes em que a perda de controlo sobre a alimentação estava presente mas não eram cumpridos todos os critérios para a Perturbação. À semelhança do nosso estudo, estes pacientes reportaram em muito baixa percentagem o indicador “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade”. Apesar dos nossos pacientes não terem sido todos submetidos ao procedimento *Sleeve* Gástrico, como é o caso do estudo de Ivezaj *et al.* (2017) e a quantidade de alimentos ingerida ter sido um critério de inclusão na amostra, parece que este indicador na população submetida a cirurgia bariátrica não está comumente presente durante um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Ainda assim, o facto de ser um comportamento pouco reportado nesta população, poderá sugerir que, “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade”, funcione como um indicador chave na identificação de um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Isto é, quando presente, maior a probabilidade de estarmos na presença de um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Neste seguimento, e ainda que em pacientes com BN e PIAC, White e Grilo (2011) sugeriram que “comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade” atua como o melhor critério de inclusão geral, ou seja, a presença deste indicador parece conseguir prever com maior precisão a presença do diagnóstico, e que aparenta ser um dos melhores indicadores gerais para identificar corretamente ingestão compulsiva.

“Sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva” foi o indicador reportado em maior percentagem, ainda que, o grupo Pós-Operatório apresente uma percentagem significativamente inferior em comparação com o grupo BN e PIAC. Mais uma vez, estes resultados vão de encontro ao estudo de Ivezaj *et al.* (2017), onde “sentir-se desgostoso, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva” foi também o indicador mais mencionado pelos pacientes.

O indicador “comer até se sentir desagradavelmente cheio” foi referido apenas por cerca de metade dos pacientes do Pós-Operatório, no entanto, os pacientes Pré-Operatório reportaram este indicador numa percentagem mais elevada, aproximando-se das percentagens apresentadas pelos grupos BN e PIAC. O mesmo não se verificou no estudo de Ivezaj *et al.* (2017), cuja percentagem geral de pacientes que reporta este indicador foi de 78.9%.

Também o “comer mais rápido que o habitual” foi um comportamento reportado por pouco mais de metade dos pacientes Pós-Operatório, diferindo dos restantes grupos em comparação. Este resultado,

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

ainda que ligeiramente inferior, vai de encontro com a percentagem reportada pelo grupo de pacientes apenas com perda de controlo sobre a alimentação no trabalho de Ivezaj *et al.* (2017). De salientar que os nossos resultados, relativamente às percentagens reportadas de cada um dos indicadores de perda de controlo no grupo submetido a cirurgia bariátrica, aproximam-se mais dos resultados obtidos no grupo de pacientes apenas com perda de controlo no estudo de Ivezaj *et al.* (2017), o que faz sentido dado que os nossos pacientes Pós-Operatório assemelham-se mais ao grupo de pacientes apenas com perda de controlo, uma vez que não preenchem necessariamente todos os critérios para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (com exceção das grandes quantidades de comida), como é o caso do grupo bariátrico com PIAC (“*Bar-BED*”), do estudo acima referido.

Por fim, o segundo indicador mais reportado pelos pacientes Pós-Operatório foi o “comer grandes quantidades de comida sem sentir fome”, não diferindo dos pacientes Pré-Operatório. Dado que todos estes pacientes apresentam episódios bulímicos objetivos, parece fazer sentido que este indicador seja um dos mais mencionados pelos pacientes. Por sua vez, no estudo de Ivezaj *et al.* (2017), o segundo indicador mais apresentado pelos pacientes com apenas perda de controlo foi o “comer até se sentir desconfortavelmente cheio”, sendo que o “comer grandes quantidades de comida sem sentir fome” foi apenas reportado por 58.3% dos pacientes. Este resultado poderá vir dar suporte à ideia avançada anteriormente, dado que estes pacientes apresentavam em grande parte episódios bulímicos subjetivos, ou seja, a ingestão de grandes quantidades de comida não acontecia. É importante ter em consideração que no estudo de Ivezaj *et al.* (2017) os pacientes tinham sido submetidos à cirurgia bariátrica no mínimo há 4 meses e no máximo há 9 meses, enquanto na nossa amostra a cirurgia já tinha ocorrido há pelo menos 12 meses. Ainda assim, de um modo geral, o padrão de resultados obtidos foi parecido ao grupo que apresentava apenas perda de controlo.

Assim, estes resultados parecem demonstra-nos que, no geral, estes 5 indicadores de perda de controlo não apresentam tanta relevância para a identificação de um episódio bulímico objetivo nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, quanto apresentam para a BN e PIAC. Sugerindo-nos assim, que alguns destes 5 indicadores de perda de controlo poderão não se adequar à população submetida a um procedimento de cirurgia bariátrica.

Ainda assim, os nossos resultados mostraram que para o grupo Pós-Operatório, mas não para o grupo Pré-Operatório, quanto maior o número de indicadores de perda de controlo reportados pelos pacientes, maiores eram os níveis de psicopatologia apresentados, tendo-se verificado este resultado para a psicopatologia geral, a restrição alimentar, a preocupação com a forma corporal e a preocupação com a comida. Este resultado poderá indicar, que perante a presença de um maior número de

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

indicadores de perda de controlo, maior será a probabilidade de os pacientes se enquadrarem num quadro clínico como o de PIAC (por exemplo), sendo que nestes casos, tal como se verifica no estudo de Ivezaj *et al.* (2017), os indicadores são reportados em maior percentagem. Isto poderá levar-nos a pensar que os indicadores de perda de controlo poderão assumir uma relevância significativa nesta população quando estamos ao nível de uma perturbação alimentar como é o caso de PIAC, no entanto, e tendo em conta os nossos resultados, perante apenas a identificação de um episódio bulímico essa relevância esbate-se um pouco.

Os nossos resultados vieram, ainda, salientar e fortificar a validade destes indicadores de perda de controlo no diagnóstico de PIAC, uma vez que, cada um dos indicadores é altamente reportado pelos pacientes pertencentes a este grupo. Por outro lado, os nossos resultados vêm evidenciar uma possível validade destes indicadores também para o diagnóstico de BN, uma vez que, tal como para o grupo PIAC, o grupo de pacientes com BN reportam em grandes percentagens cada um dos indicadores de perda de controlo. Estes resultados vão ao encontro do estudo de White e Grilo (2011) em que os pacientes com BN e PIAC mencionaram, em média, que cada um dos indicadores de perda de controlo estava frequentemente (“4 = *often*”) presente durante um episódio de ingestão alimentar compulsiva. Sugeriram que cada um dos 5 indicadores tem um alto valor preditivo em relação ao diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e Bulimia Nervosa (White & Grilo, 2011).

Por fim, verificamos que os pacientes bariátricos (Pré-Op. e Pós-Op.) com EBO reportaram cada um dos 5 indicadores de forma semelhante aos pacientes bariátricos (Pré-Op. e Pós-Op.) com EBS, podendo este resultado contribuir para o suporte de que a perda de controlo pode funcionar como o critério mais relevante na definição de ingestão compulsiva, independentemente do tamanho do episódio compulsivo (Goldschmidt, 2017), uma vez que independentemente do tipo de episódio apresentado pelos pacientes, a perda de controlo foi reportada, através dos indicadores, de forma semelhante. Este resultado parece demonstrar também, que os indicadores de perda de controlo assumem uma relevância semelhante nesta população, independentemente do tipo de episódio apresentado. No entanto, verificamos que existiam diferenças entre os pacientes com EBO e EBS ao nível do número de indicadores reportados, em que os pacientes com EBO reportaram maior número de indicadores do que os pacientes com EBS.

Em suma, o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão dos 5 indicadores de perda de controlo, propostos pelo *DSM-5* para a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, na população submetida a uma cirurgia bariátrica. Ainda assim, é importante ter em conta algumas limitações, como é o caso do número reduzido de participantes, sobretudo na amostra bariátrica, que

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

poderá ter repercussões nos resultados obtidos, sendo por isso um tópico a ter em consideração aquando da generalização dos resultados. Também, o facto de a amostra ser apenas constituída por pacientes do sexo feminino impossibilita-nos de ampliar os resultados obtidos para toda a população de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, assim como para a população com BN e PIAC. O facto de considerarmos medidas de autorrelato poderá constituir uma outra limitação, uma vez que os pacientes poderão subvalorizar ou sobrevalorizar alguns aspetos relevantes na avaliação, podendo refletir-se posteriormente nas interpretações consideradas. Estudos futuros devem continuar a investigar sobre este fenómeno de perda de controlo e os indicadores, ampliando a amostra e incluindo também pacientes do sexo masculino. Tal como é sugerido por Ivezaj *et al.* (2018), os profissionais que trabalham com estes pacientes devem avaliar a perda de controlo independentemente da quantidade de alimentos ingerida e contemplar na sua avaliação os 5 indicadores de perda de controlo. Uma melhor compreensão destes indicadores e da própria perda de controlo sobre a alimentação, poderá constituir um marco importante na avaliação e no próprio tratamento e acompanhamento destes pacientes que passam por um procedimento complexo, como é a cirurgia bariátrica. Com mais investigação poderemos estar a abrir caminho para um maior sucesso nos resultados da cirurgia bariátrica e uma maior estabilidade destes pacientes.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity, 16*, 615–622. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.101>
- Conceição, E., Bastos, A. P., Brandão, I., Vaz, A. R., Ramalho, S., Arrojado, F., ... Machado, P. P. P. (2014a). Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: A study with a Portuguese sample. *Eat Weight Disord, 19*, 103–109. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0069-0>
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Pinto-Bastos, A., Arrojado, F., Brandão, I., & Machado, P. P. P. (2017). Stability of problematic eating behaviors and weight loss trajectories after bariatric surgery: a longitudinal observational study. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 13*, 1063–1071. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.006>
- Conceição, E., Mitchell, J. E., Vaz, A. R., Bastos, A. P., Ramalho, S., Silva, C., ... & Machado, P. P. P. (2014b). The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors, 15*, 558–562. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.010>
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: Characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review, 23*, 417–425. <https://doi.org/10.1002/erv.2397>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363–370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). Binge eating: Nature, assessment, and treatment. In *The Eating Disorder Examination* (12th ed., pp. 317–360). New York, NY: Guilford Press.
- Goldschmidt, A. B. (2017). Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature. *Obesity Reviews, 18*, 412–449. <https://doi.org/10.1111/obr.12491>
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Cao, L., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Engel, S. G., & Peterson, C. B. (2018). A preliminary study of momentary, naturalistic indicators of binge-eating episodes in adults with obesity. *International Journal of Eating Disorders, 51*, 87–91. <https://doi.org/10.1002/eat.22795>

- Ivezaj, V., Barnes, R. D., Cooper, Z., & Grilo, C. M. (2018). Loss-of-control eating after bariatric/sleeve gastrectomy surgery: Similar to binge-eating disorder despite differences in quantities. *General Hospital Psychiatry, 54*, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.07.002>
- Ivezaj, V., Kessler, E. E., Lydecker, J. A., Barnes, R. D., White, M. A., & Grilo, C. M. (2017). Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 13*, 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.09.028>
- Klein, K. M., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2016). A preliminary evaluation of the validity of binge-eating disorder defining features in a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders, 49*, 524–528. <https://doi.org/10.1002/eat.22479>
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 212–217. <https://doi.org/10.1002/eat>
- Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating disorder examination questionnaire: Psychometric properties and norms for the Portuguese population. *European Eating Disorders Review, 22*, 448–453. <https://doi.org/10.1002/erv.2318>
- Marcus, M. D., Kalarchian, M. A., & Courcoulas, A. P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *The American Journal of Psychiatry, 166*, 285–291. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08091327>
- Pinto-Bastos, A., Conceição, E., Lourdes, M., Arrojado, F., Brandão, I., & Machado, P. P. P. (2018). Psychological and behavioral aspects of primary and reoperative surgery: a 6-month longitudinal study. *Obesity Surgery, 28*, 3984–3991. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3452-0>
- White, M. A., & Grilo, C. M. (2011). Diagnostic efficiency of DSM-IV indicators for binge eating episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 75–83. <https://doi.org/10.1037/a0022210>
- White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2010). Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: A prospective 24-month follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*, 175–184. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04328blu>

Anexos

Anexo A: Parecer Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde 1



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 034/2015

Título do projeto: *Comparação da cirurgia primária e da cirurgia de revisão - Preditores de sucesso no tratamento para a perda e manutenção de peso (ou "Preditores de sucesso após a cirurgia bariátrica de revisão")*

Investigador(a) responsável: Ana Isabel Pinto Bastos Leite Silva, aluna do Doutoramento em Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Cirurgia Geral e Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de S. João – EPE

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado "*Comparação da cirurgia primária e da cirurgia de revisão - Preditores de sucesso no tratamento para a perda e manutenção de peso (ou "Preditores de sucesso após a cirurgia bariátrica de revisão")*".

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 24 de setembro de 2015.

A Presidente

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Digitally signed by MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
DN: cn=PT, ou=Centro de Cidadão ou=Cidadão Português, ou=Audificação do Cidadão, sn=DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO, givenName=MARIA CECÍLIA, serialNumber=B014312203, cn=MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
Date: 2015.09.24 16:43:46 +01'00'

(Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão)

Anexo B: Parecer Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde 2



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 137/2015

Título do projeto: *Randomized controlled trial for internet based self-help for bulimic disorders: Predictors, change and cost effectiveness*

Investigador(es): Paulo Machado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Eva Martins da Conceição, Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Daniel Sampaio, Faculdade de Medicina de Lisboa; Jennifer Santos, Hospital de Santa Maria; e Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz, Pós Doc na Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola de Psicologia da Universidade do Minho

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto em epígrafe. Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Salienta-se que o estudo deverá solicitar Parecer e/ou autorização e seguir as diretivas nacionais e/ou locais de cada lugar de recolha, como aplicável, particularmente das Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários, se aplicável.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Quando aplicável Consentimento Informado,

INDICADORES DE PERDA DE CONTROLO: CIRURGIA BARIÁTRICA

recomendam-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde [1] e/ou da ARS Norte [2] na elaboração do mesmo.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo PI deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) PI. Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

[1] <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

[2] [http://portal.arsnorte.min-](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf)

[saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf)

Braga, 21 de dezembro de 2015.

A Presidente

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO



Digitaly signed by MARIA CECÍLIA DE LEMOS
PINTO ESTRELA LEÃO
DN: cn=PT, ou=Centro de Estudos, ou=Ciudadela
Portuguesa, ou=Residência e Qualidade de
Cidades, ou=DR LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO,
serialNumber=1580835324
c=pt, ou=MMRIA
CÍCLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO
Data: 2015.12.21 15:14:58 Z

(Maria Cecilia de Lemos Pinto Estrela Leão)