

Relação entre sintomatologia ansiosa, depressiva e compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares

Géssica Damares Garcia¹
Daniele Alcalá Pompeo²
Letícia Palota Eid³
Cláudia Bernardi Cesarino²
Maria Helena Pinto²
Laryssa Wilson Paiva Gonçalves⁴

Objetivos: identificar a presença de compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares e verificar sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas e presença de sintomas ansiosos e depressivos. **Método:** estudo correlacional, de corte transversal, com amostra constituída por 111 pacientes com doenças cardiovasculares. A presença de sintomas ansiosos e depressivos foi avaliada pelo instrumento *hospital anxiety and depression scale* e a compulsão alimentar foi avaliada por meio de um instrumento likert denominado Escala de compulsão alimentar periódica (*binge eating scale*). **Resultados:** houve predomínio de pacientes sem compulsão alimentar (n=91; 82%), seguida da presença de pacientes com compulsão alimentar moderada (n=15; 13,5%) e grave (n=5; 4,5%), sendo associada a níveis elevados de índice de massa corporal (p=0,010) e à presença de sintomas ansiosos (p=0,017). **Conclusão:** a compulsão alimentar esteve presente em 18% dos pacientes, estando associada ao índice de massa corporal e à ansiedade, sugerindo que os profissionais da saúde devem se atentar para a avaliação integral do paciente com doenças cardiovasculares. Importantes resultados emergiram deste estudo, ressaltando a necessidade da implementação de programas para melhorar a saúde mental e física dos pacientes em serviços de atenção tanto primária como especializada.

Descritores: Transtorno da Compulsão Alimentar; Ansiedade; Depressão; Doenças Cardiovasculares; Obesidade; Avaliação em Saúde.

¹ Aluna do curso de Residência Multidisciplinar em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Unidade Acadêmica Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Jataí, GO, Brasil.

⁴ MSc.

Como citar este artigo

Garcia GD, Pompeo DA, Eid LP, Cesarino CB, Pinto MH, Gonçalves LWP. Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3040.

[Access _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2567.3040>

mês dia ano

URL

Introdução

Dados estatísticos recentes da American Heart Association evidenciaram que as doenças cardiovasculares (DCV) seguem liderando as causas mais comuns de mortalidade no mundo. Em 2013, representaram cerca de 17,3 milhões de um total de 54 milhões de mortes, ou 31,5% de todos os óbitos globais, sendo que a maioria – cerca de 80% – ocorreu em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Embora as taxas de mortalidade por essas causas tenham diminuído, estima-se que, em 2030, 43,9% da população adulta dos Estados Unidos deverá ter alguma de suas formas clínicas⁽¹⁾.

As doenças cardiovasculares, em grande parte, podem ser prevenidas por meio do combate aos fatores de risco tradicionais, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipertensão, dieta inadequada e dislipidemia⁽¹⁾. Adicionalmente, recentes estudos apontam que fatores psicológicos, como os estados emocionais de ansiedade e depressão, também estão associados à presença dessas afecções e, portanto, devem ser considerados no seu manejo clínico⁽¹⁻³⁾.

Estudo de grande coorte realizada no Reino Unido recentemente demonstrou que a depressão foi prospectivamente associada a doenças cardíacas, cerebrovasculares e periféricas⁽²⁾. Da mesma forma, a American Heart Association reuniu diversas evidências sobre o efeito de sintomas ansiosos e depressivos e de outros estados emocionais negativos que atuam de maneira independente no aparecimento e no agravamento de doenças cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio⁽¹⁾.

Além dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse, tristeza e raiva, que são condições frequentemente associadas a essas doenças, o comer de forma compulsiva também pode ser uma estratégia de enfrentamento utilizada para amenizar ou resolver problemas cotidianos, proporcionando sensação de prazer⁽⁴⁾.

Esse comportamento, caracterizado pela ingestão de elevada quantidade de alimentos em um período delimitado, acompanhado de sensação de perda de controle, é denominado de transtorno de compulsão alimentar⁽⁵⁻⁶⁾. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso^(5,7).

A compulsão alimentar abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (sensação de perda de controle)

e o objetivo (quantidade do consumo alimentar). Um exemplo de situação que pode desencadear esse transtorno é o estresse, com consequente liberação de cortisol, que age estimulando a ingestão de alimentos e o aumento do peso⁽⁸⁾.

Nos Estados Unidos, uma amostra representativa de adultos do National Health and Wellness Survey foi recrutada em um painel on-line para responder a uma pesquisa na internet sobre questões destinadas a avaliar comportamentos alimentares compulsivos. Do total de 22.397 entrevistados, 344 referiram critérios que atendiam ao diagnóstico de compulsão alimentar. A frequência alimentar compulsiva ocorreu, em média, em mais de dois ou três dias por semana, com duração de sete a 12 meses e foi caracterizada com sintomas graves⁽⁹⁾.

Clinicamente, a compulsão alimentar tem sido frequentemente associada a déficits metabólicos e condições clínicas que predisõem o aparecimento de doenças cardiovasculares, como obesidade, dislipidemias e diabetes. As evidências apontam que esse transtorno, acompanhado por outros distúrbios alimentares, pode afetar cerca de 40% das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, comprometendo o controle metabólico e elevando o risco de complicações vasculares⁽¹⁰⁾. Não obstante, indivíduos com compulsão alimentar apresentaram maior risco, estimado em dez anos, de apresentar doenças cardiovasculares, com base no escore de risco de Framingham⁽¹¹⁾.

Apesar de evidências consistentes, esse distúrbio alimentar não é investigado ou avaliado de forma efetiva pelos profissionais que atuam no cuidado direto. Estudo com pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca revelou que os problemas de origem emocional não são identificados adequadamente pelos profissionais de saúde, apontando algumas prováveis razões para essa situação, como dificuldade de os pacientes revelarem seu estado emocional por medo de serem rotulados como portadores de doenças mentais e a assistência realizada pelos profissionais orientada pelo modelo biomédico, cuja atenção se encontra focada principalmente na patologia e no tratamento⁽³⁾.

Recente estudo que objetivou investigar os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde australianos em relação ao transtorno de compulsão alimentar concluiu que os profissionais demonstraram relutância em diagnosticar esse transtorno e a obesidade como situações comórbidas. Além disso, o conhecimento das complicações físicas associadas à compulsão alimentar mostrou-se limitado⁽¹²⁾.

A literatura demonstra a necessidade de uma abordagem focada nos sintomas de compulsão alimentar como parte de programas e orientações de redução

de riscos em atendimentos clínicos a pacientes com doenças cardiovasculares, como também a identificação e o tratamento de outras condições estressantes de ordem psicológica, como a ansiedade e a depressão⁽⁴⁾. É inestimável que os profissionais estejam capacitados e sensibilizados para prestar atendimento integral, considerando a magnitude de fatores psicológicos em diversos processos patológicos.

Observa-se tímida produção científica no que diz respeito à prevalência e fatores associados à compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares. Dessa forma, o objetivo desta investigação é identificar a presença de compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares e verificar sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de sintomas ansiosos e depressivos.

Método

Trata-se de estudo transversal, desenvolvido em unidade de internação clínica e cirúrgica destinada à especialidade cardiovascular de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. O hospital é uma instituição pública de grande porte, pactuado com 102 municípios da região noroeste do estado, com um total de 597 leitos e 89.025 atendimentos mensais.

A amostra foi constituída por pacientes com doenças cardiovasculares, internados no referido hospital, independentemente do sexo, com 18 anos ou mais e classificados como sobrepesos ou obesos. Os critérios de exclusão foram não conseguir se comunicar verbalmente e não possuir condições cognitivas que possibilitassem a participação no estudo, verificadas por meio da capacidade de informar sua idade ou data de nascimento, endereço residencial e dia da semana e do mês. Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados por meio de amostragem consecutiva e não probabilística (n=111) e a coleta de dados foi realizada no período de 1º de junho 2015 a 28 de fevereiro 2016.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de instrumento próprio, constituído pelos seguintes itens: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão atual, renda, peso corporal, altura, índice de massa corporal, perda ou ganho de peso recente, diagnóstico médico e presença de comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemias ou outras doenças.

A presença de sintomas ansiosos e depressivos foi avaliada pelo instrumento *hospital anxiety and depression scale* (HADS)⁽¹³⁾, em sua versão validada para o português⁽¹⁴⁾. A escala possui 14 itens (sete para a avaliação de sintomas ansiosos e sete para sintomas

depressivos), avaliados em uma escala de zero a três pontos, com escores variando de zero a 21 pontos. Maiores valores indicam elevada sintomatologia de ansiedade e depressão⁽¹⁴⁾.

A compulsão alimentar foi avaliada por meio de um instrumento likert denominado escala de compulsão alimentar periódica (Ecap, ou *binge eating scale* – BES).

A Ecap possui 16 itens e foi desenvolvida especificamente para a avaliação de indivíduos obesos⁽¹⁵⁾, contemplando aspectos relacionados às características comportamentais (por exemplo, quantidade de comida consumida), emocionais e cognitivas. Cada item possui de três a quatro possibilidades de resposta, com valores de zero (ausência) a três (gravidade máxima) que devem ser selecionados de acordo com a resposta que mais represente o indivíduo. O escore varia de zero a 46 pontos. Os indivíduos são classificados de acordo com os seguintes escores: ≤ 17 = ausência de compulsão alimentar; 18 a 26 = compulsão alimentar moderada; ≥ 27 = compulsão alimentar grave.

Quanto a suas propriedades psicométricas, a Ecap apresentou consistência interna, mensurada por meio do alfa de Cronbach, de 0,85, considerada moderadamente alta⁽¹⁵⁾.

A Ecap foi traduzida e adaptada para o idioma português em 2001 e considerada adequada para uso clínico⁽¹⁶⁾.

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso pela altura ao quadrado. Indivíduos com sobrepeso foram definidos pelo IMC de 25 a 29,9 kg/m² e com obesidade, pelo IMC igual ou superior a 30 kg/m²⁽¹⁷⁾.

Durante a internação, o censo dos indivíduos internados na unidade cardiovascular foi avaliado para identificação dos pacientes com doenças cardiovasculares pela pesquisadora. Pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e, após a obtenção da concordância, a pesquisadora aplicou os instrumentos de caracterização sociodemográfica, HADS e Ecap por meio de entrevista, em um único momento.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 19 para Windows, IBM Company Copyright 2010. Para a análise descritiva dos dados, foram utilizadas medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio-padrão). A consistência interna dos itens da Ecap foi verificada pelo alfa de Cronbach. Dados qualitativos foram associados mediante a aplicação do teste qui-quadrado. Dados quantitativos foram comparados utilizando os testes *t* (para amostras independentes), ANOVA, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para as análises das variáveis contínuas normalmente distribuídas. A distribuição de normalidade das variáveis

foi investigada pelo Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob o parecer nº 1.059.880, em 12 de maio 2015.

Resultados

Dos 111 pacientes com doenças cardiovasculares, 59 (53,2%) eram do sexo masculino e 52 (46,8%) do sexo feminino, com variação de idade entre 34 e 85 anos, média de 61,5 anos \pm 10,1 e mediana 62,0 anos. A maioria relatou possuir companheiro (n=76; 68,5%), ter como grau de escolaridade máximo o Ensino Fundamental incompleto (n=88; 79,3%), ser aposentada (n=70; 63,1%) e possuir renda mensal de um a três salários mínimos (n=97; 87,4%).

A coronariopatia foi o diagnóstico médico de 93 pacientes (83,8%), seguida da insuficiência cardíaca congestiva (n=18; 16,2%). A maior parte dos sujeitos relatou possuir comorbidades associadas à doença cardíaca (27,0% uma comorbidade; 34,2% duas comorbidades; 33,3% três comorbidades). O IMC variou de 25,1 a 40,8 kg/m², com média de 30,5 e desvio-padrão de 3,7 kg/m². A maioria dos pacientes relatou não ter ganhado ou perdido peso nos últimos seis meses (75,7% e 53,2%, respectivamente).

O sintoma de ansiedade variou de zero a 21 pontos, sendo a média de 8,8 \pm 4,6 pontos. A sintomatologia depressiva obteve intervalo de zero a 17 pontos, média de 5,8 \pm 4,2 pontos.

Os resultados mostraram a presença de correlação da ansiedade com a idade (r=-0,260; p=0,005) e a depressão (r=0,506; p<0,0001) de magnitudes fraca e moderada, respectivamente. A Figura 1 apresenta a correlação entre ansiedade e depressão. Não houve relação estatisticamente significativa entre ansiedade e sexo (p=0,2119), diagnóstico médico (p=0,5430) e IMC (p=0,2988).

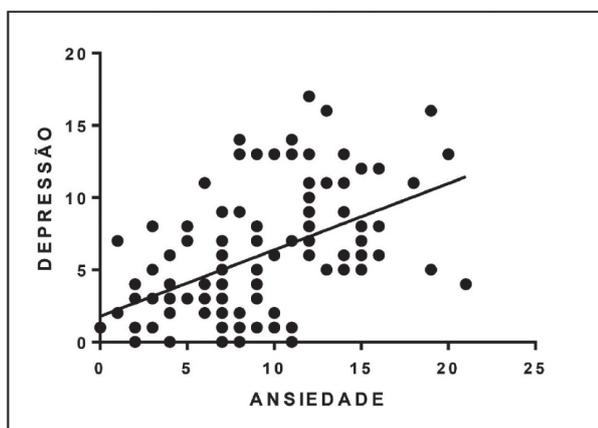


Figura 1. Análise de correlação de Pearson das variáveis depressão e ansiedade (n=111). São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Participantes do sexo feminino apresentaram maiores sintomas depressivos quando comparados aos do sexo masculino (p=0,0182). Idade (p=0,1549), diagnóstico médico (p=0,1409) e IMC (p=0,707) não influenciaram os sintomas depressivos.

Neste estudo, predominaram pacientes sem compulsão alimentar (n=91; 82%), seguidos daqueles com presença de compulsão alimentar moderada (n=15; 13,5%) e grave (n=5; 4,5%). Os valores variaram de zero a 29 pontos (intervalo permitido: zero a 46 pontos), com média de 8,34 \pm 8,1 pontos. A consistência interna do Ecap, mensurada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,88.

A presença de compulsão alimentar foi associada a níveis elevados de IMC (p=0,010). Os sintomas ansiosos não apresentaram relação significativa com a compulsão alimentar quando classificada em ausente, moderada e grave (p=0,053); no entanto, os resultados demonstraram associação quando a variável foi dicotomizada em presença ou ausência de compulsão alimentar (p=0,017), conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Medidas das variáveis índice de massa corporal e sintomas ansiosos segundo a compulsão alimentar dos participantes (n=111). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Índice de massa corporal	Sintomas ansiosos
	Média = [DP* (Mediana)]	Média = [DP* (Mediana)]
Compulsão alimentar		
Ausência (n=91)	30,00 [3,50 (29,390)]	8,34 [4,44 (8,00)]
Moderada (n=15)	33,28 [4,10 (33,590)]	11,33 [5,38 (12,00)]
Grave (n=5)	31,92 [4,49 (32,540)]	10,2 [3,76 (11,00)]
Valor p	0,010†	0,053‡
Compulsão alimentar		
Ausência (n=91)	--	8,34 [4,44 (8,00)]
Presença (n=20)	--	11,05 [4,95 (11,5)]
Valor p	--	0,017‡

*desvio padrão; †proveniente do teste de análise de variância (ANOVA); ‡proveniente do teste Kruskal-Wallis

Não foram constatadas associações entre a presença de compulsão alimentar e as variáveis sexo (p=0,286), escolaridade (p=0,970), presença de companheiro (p=0,899), diagnóstico médico (p=0,213), idade (p=0,850) e depressão (p=0,497).

Discussão

A compulsão alimentar é um distúrbio que põe em perigo a saúde física e psicossocial dos indivíduos. Os resultados deste estudo mostraram que esse comportamento esteve presente em 18% dos pacientes com doenças cardiovasculares, estando associado à elevação de IMC e à ansiedade. Encontrou-se sua

prevalência de 8,4% em pacientes obesos admitidos em uma unidade de reabilitação cardiovascular na Croácia⁽⁴⁾, 16% em uma amostra de 5.175 adultos obesos que procuraram um programa para redução de peso⁽¹⁸⁾ e 12,2% em uma amostra de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2⁽¹⁹⁾.

Uma pesquisa multicêntrica conduzida por profissionais de diversos países com o objetivo de avaliar a situação epidemiológica da compulsão alimentar em nível mundial, por meio de dados da Organização Mundial da Saúde, demonstrou que sua prevalência pode variar de 0,2% (Romênia) a 4,7% (Brasil) na população e que esse percentual pode se elevar em indivíduos do sexo feminino, com índice de massa corpórea elevada, com idade entre 18 e 29 anos e que possuam doenças musculoesqueléticas, dor crônica, diabetes, hipertensão, úlceras e cefaleia. A prevalência de compulsão alimentar em hipertensos foi de 1,8% e em portadores de doenças do coração foi de 0,9%⁽⁶⁾.

Em nossa amostra, a prevalência de compulsão alimentar foi elevada (18%) quando comparada à população geral do Brasil (4,7%)⁽⁶⁾. O ato de comer de forma compulsiva pode ter sido influenciado pelo aumento da ansiedade e pela dificuldade emocional dessas pessoas em lidar com a condição de ter uma doença crônica. Ressaltamos, ainda, que nossa amostra foi constituída por pacientes com sobrepeso e obesidade, cujas taxas tendem a ser superiores.

Observa-se crescente número de investigações científicas que demonstraram forte associação entre esse transtorno e a presença de síndrome metabólica, obesidade e diabetes^(10,20-23), que são condições relacionadas à doença cardiovascular e que constituem fatores predisponentes para hipertensão arterial, disfunção endotelial e dislipidemias, podendo desencadear um evento cardiovascular maior, como o infarto agudo do miocárdio.

Ademais, esse distúrbio foi relacionado, recentemente, a concentrações elevadas de colesterol de lipoproteínas de baixa densidade (LDL-colesterol) em mulheres jovens, em uma grande coorte japonesa⁽²⁴⁾. Esses resultados reforçam o fato de indivíduos com esse transtorno possuírem grandes chances de apresentar comorbidades metabólicas e circulatórias subjacentes.

Estudo baseado em dados dos inquéritos mundiais de saúde mental (que compreendem 19 países e 52.095 adultos) avaliou associações entre o primeiro aparecimento de transtornos mentais e subsequente aparecimento de hipertensão. Depressão, transtorno de pânico, fobia social, fobia específica, transtorno de compulsão alimentar, bulimia nervosa e abuso de álcool e de drogas foram significativamente associados ao diagnóstico subsequente de hipertensão⁽²⁰⁾.

Outro estudo de observação transversal, que utilizou dados do Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil) para investigar a relação entre os episódios recorrentes de compulsão alimentar, os perfis nutricionais e o estilo de vida de seus participantes, evidenciou que os episódios recorrentes de compulsão foram associados a obesidade, sobrepeso, sexo feminino, idade entre 34 e 54 anos, ingestão de álcool e comportamento sedentário⁽²⁵⁾, condições caracterizadas, classicamente, como fatores de risco para doença cardiovascular. Acredita-se que esses resultados possam explicar, em parte, a importante prevalência de compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares encontrada neste estudo.

Embora essas evidências sejam consistentes na literatura, recente revisão enfatizou o subdiagnóstico da compulsão alimentar, seja pelo não reconhecimento dessa condição como uma desordem distinta ou pela falta de consciência entre os pacientes de que esse distúrbio é um comportamento anormal e passível de tratamento. Os autores ainda evidenciaram que os médicos se concentram apenas no tratamento de comorbidades, como diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e dislipidemias, não levando em consideração a possível associação dessas condições com a compulsão alimentar e, portanto, alcançando resultados terapêuticos incompletos⁽²⁶⁾.

Outro achado relevante e que merece atenção é a prevalência da compulsão alimentar cada vez maior em idades precoces. Resultados de uma meta-análise indicaram que essa compulsão era predominante em mais de um quarto das crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade⁽²⁷⁾, demonstrando claramente que as ações de prevenção devem ser iniciadas já na infância, para que se evitem desfechos negativos futuros e se atinjam impactos positivos sobre os índices de morbimortalidade.

Similarmente ao nosso estudo, outras pesquisas encontraram associação entre a compulsão alimentar e a elevação do IMC⁽²⁸⁻²⁹⁾. A obesidade possui múltiplas etiologias e os fatores emocionais parecem exercer papel relevante em sua gênese. Conflitos e sentimentos de solidão foram significativamente associados a transtornos alimentares, principalmente à síndrome de compulsão alimentar, em pacientes obesos severos⁽²⁹⁾.

Embora esteja claro que exista associação fortemente positiva entre a compulsão alimentar e os valores elevados de IMC^(18,22), observam-se achados divergentes na literatura em relação aos mecanismos de ação da compulsão na elevação de fatores de risco cardiovasculares, não havendo consenso se esse distúrbio age de maneira independente ou se seus efeitos são mediados pelo aumento do IMC. Isso traz

à tona a necessidade de investigação adicional para elucidar possíveis vias hormonais e outros mecanismos em jogo conferindo esse risco adicional.

Recente estudo sueco realizado com 5.850 indivíduos diagnosticados com compulsão alimentar, que objetivou identificar as principais comorbidades somáticas presentes, encontrou forte associação de compulsão alimentar com diabetes e doenças do sistema circulatório, independentemente da presença de obesidade. Dentro da amostra de indivíduos compulsivos, descobriu-se que a presença de obesidade foi associada com aumento do risco de distúrbios respiratórios, gastrointestinais e cutâneos, mas não com outras classes de doenças⁽²²⁾. Essa observação reforça que o aumento do risco para algumas doenças em indivíduos com esse transtorno, incluindo componentes da síndrome metabólica, não é simplesmente devido aos efeitos da obesidade.

Ademais, obesos com compulsão alimentar apresentaram um perfil metabólico e inflamatório desfavorável quando comparados a obesos sem o transtorno alimentar. A presença da compulsão alimentar mostrou forte associação com porcentagens significativamente maiores de índice de massa corporal, circunferência abdominal, resistência à insulina, massa gorda e menor massa magra. Além disso, o grupo de obesos com a compulsão alimentar apresentou níveis significativamente mais baixos de colesterol de lipoproteínas de alta densidade e níveis mais elevados de hemoglobina glicada, ácido úrico e proteína C-reativa. Todas as diferenças permaneceram significativas após o ajuste do índice de massa corporal⁽²⁸⁾.

Por outro lado, a prevalência de compulsão alimentar foi associada à maior probabilidade de hipertensão, hipertrigliceridemia, diminuição de HDL, resistência à insulina e síndrome metabólica, aparentemente mediadas pelo aumento do IMC, entre os participantes do Framingham heart study com compulsão alimentar. O transtorno se mostrou fortemente associado, de maneira independente, apenas à hiperglicemia. Além disso, esses indivíduos apresentaram mais gordura visceral, subcutânea e hepática⁽¹¹⁾.

Estudo recente reforçou a ideia de que a compulsão alimentar não parece estar relacionada de forma independente aos fatores de risco cardiometabólicos, sendo essa associação mediada pela elevação do IMC⁽¹⁸⁾. Vale ressaltar que, embora permaneçam obscuros os mecanismos associados à elevação do risco cardiovascular em pacientes compulsivos, a literatura é consistente sobre a relevância clínica do rastreamento e do tratamento desse distúrbio, a fim de reduzir o risco de desenvolver obesidade e doenças cardiovasculares^(11,18).

Nossos resultados ainda evidenciaram a presença de ansiedade como fator que influencia a compulsão alimentar, corroborando resultados de outras pesquisas^(4,30). Em revisão de literatura encontrou-se que a ansiedade é fator importante no desenvolvimento e na manutenção da compulsão alimentar, apoiada por um conjunto de pesquisas anteriores que ilustram não apenas alta simultaneidade entre estes transtornos, mas também as formas pelas quais a ansiedade pode desempenhar papel único na gênese da síndrome de compulsão alimentar⁽³¹⁾.

Diversas outras evidências apontam para a importância de déficits emocionais e fatores estressantes no desenvolvimento da compulsão alimentar, podendo explicar, em parte, a associação dessa variável com a ansiedade. Modelos recentes de ratos, submetidos a diversos episódios de estresse, desenvolveram compulsão alimentar e hiperfagia, imitando completamente as características comportamentais e metabólicas da compulsão alimentar humana⁽⁸⁾.

Ademais, indivíduos com compulsão alimentar relataram maiores déficits psicológicos quando comparados aos controles obesos e de peso normal⁽³²⁾, sugerindo dificuldades emocionais. Um estudo que buscou avaliar o impacto de fatores psicológicos na incidência de compulsão alimentar demonstrou uma relação única dessa afecção com sintomas ansiosos, independentemente da presença de sintomas depressivos⁽³⁰⁾, evidenciando a ansiedade como fator chave no aparecimento da compulsão alimentar, devendo ser incluída em investigações clínicas desse transtorno.

Apesar de nosso estudo não ter encontrado associação entre depressão e compulsão alimentar, ressaltamos a correlação positiva entre os sintomas ansiosos e depressivos, corroborando a literatura no que diz respeito à íntima relação entre essas variáveis⁽³³⁾ e despertando ainda a atenção para investigações mais aprofundadas.

Nessa perspectiva, recente pesquisa mostrou que indivíduos com diagnóstico de compulsão alimentar apresentaram chances aumentadas de desenvolver ansiedade, depressão e distúrbios cardiovasculares, maior comprometimento funcional e redução da qualidade de vida em comparação com aqueles sem o diagnóstico⁽³³⁾, deixando claro que tratamentos abrangentes devem abordar os antecedentes psicológicos, que são de importância crítica para a natureza sindrômica dessa condição.

Considerando que a compulsão alimentar pode acarretar perfis metabólicos e circulatórios desfavoráveis, enfermeiros que atuam no cuidado direto ao paciente com doenças cardiovasculares devem investigar a presença das manifestações desse transtorno,

principalmente quando associado à obesidade e à sintomatologia ansiosa, para assim planejar assistência ampla e individualizada, obtendo respostas positivas em relação à terapêutica instituída.

Além disso, acredita-se que o enfermeiro pode não obter resultados satisfatórios ao ensinar um paciente sobre as mudanças de estilo de vida relacionadas à dieta se a compulsão alimentar estiver presente. Dessa forma, destaca-se a necessidade de futuros estudos que investiguem se há relação entre essas variáveis, bem como pesquisas clínicas controladas e randomizadas para definir claramente os prejuízos em longo prazo associados a esse transtorno alimentar.

Constitui-se como limitação deste estudo a não verificação de algumas variáveis que poderiam estar associadas à compulsão alimentar: dados clínicos e laboratoriais específicos e antecedentes pessoais e familiares relacionados às condições mentais, bem como as formas de enfrentamento da pessoa perante as adversidades. Ademais, nosso estudo foi transversal, não nos permitindo avaliar o paciente em outras fases da doença cardiovascular.

Conclusão

Concluiu-se que os níveis médios de ansiedade e depressão na amostra estudada foram, respectivamente, 8,8 e 5,8 pontos. A compulsão alimentar esteve presente em 18% dos pacientes, estando associada a valores de IMC elevados e à ansiedade, sugerindo que os profissionais da saúde devem se atentar para a avaliação física e mental do paciente com doenças cardiovasculares. Importantes resultados emergiram deste estudo, ressaltando a necessidade da implementação de programas para melhorar a saúde mental e física dos pacientes tanto em serviços de atenção primária como especializada.

Referências

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];135(10):e146–e603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122885>.
2. Daskalopoulou M, George J, Walters K, Osborn DP, Batty GD, Stogiannis D, et al. Depression as a Risk Factor for the Initial Presentation of Twelve Cardiac, Cerebrovascular, and Peripheral Arterial Diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men. *PLoS One*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];11(4):e0153838.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27105076>.

3. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic J Cardiol*. [Internet]. 2015 [cited July 13, 2017];56(1):26–35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701969>.
4. Pokrajac-Bulian A, Tkalcic M, Ambrosi-Randic N. Binge eating as a determinant of emotional state in overweight and obese males with cardiovascular disease. *Maturitas*. [Internet]. 2013 [cited July 13, 2017];74(4):352–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512213000169>.
5. Bałk-Sosnowska M. Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatr Pol*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];51(2):247–59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28581535>.
6. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. [Internet]. 2013 [cited July 13, 2017];73(9):904–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290497>.
7. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];128(1):115–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26592916>.
8. Razzoli M, Pearson C, Crow S, Bartolomucci A. Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neurosci Biobehav*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];76(Pt A):154–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28292531>.
9. Pawaskar M, Solo K, Valant J, Schmitt E, Nwankwo M, Herman BK. Characterization of Binge-Eating Behavior in Individuals With Binge-Eating Disorder in an Adult Population in the United States. *Prim Care Companion CNS Disord*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];18(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27835723>.
10. García-Mayor RV, García-Soidán FJ. Eating disorders in type 2 diabetic people: Brief review. *Diabetes Metab Syndr*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];11(3):221–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27575047>.
11. Abraham TM, Massaro JM, Hoffmann U, Yanovski JA, Fox CS. Metabolic characterization of adults with binge eating in the general population: the Framingham Heart Study. *Obesity (Silver Spring)*. [Internet]. 2014 [cited July 13, 2017];22(11):2441–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25136837>.

12. Cain B, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, Krug I. Australian Healthcare Professionals' Knowledge of and Attitudes toward Binge Eating Disorder. *Front Psychol.* [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];8:1291. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28824484>.
13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* [Internet]. 1983 [cited Sept 28, 2017];67(6):361-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>.
14. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia C Júnior, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* [Internet]. 1995 [cited Sept 28, 2017];30(3):127-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7624806>.
15. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* [Internet]. 1982 [cited Sept 28, 2017];7(1):47-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7080884>.
16. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2001 [cited Sept 28, 2017];23(4):215-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400008.
17. World Health Organization. Obesity and overweight; 2018. [cited Apr 8, 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
18. Leone A, Bedogni G, Ponissi V, Battezzati A, Beggio V, Magni P, et al. Contribution of binge eating behaviour to cardiometabolic risk factors in subjects starting a weight loss or maintenance programme. *Br J Nutr.* [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];116(11):1984-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27974060/>.
19. Nicolau J, Simó R, Sanchís P, Ayala L, Fortuny R, Zubillaga I, et al. Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. *Acta Diabetol.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];52(6):1037-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841588>.
20. Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, et al. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry.* [Internet]. 2014 [cited Sept 28, 2017];36(2):142-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24342112>.
21. Mitchell JE. Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];49(3):319-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311499>.
22. Thornton LM, Watson HJ, Jangmo A, Welch E, Wiklund C, von Hausswolff-Juhlin Y, et al. Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];50(1):58-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27642179>.
23. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PE Jr, McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];22(1):13-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27553016>.
24. Nakai Y, Noma S, Fukusima M, Taniguchi A, Teramukai S. Serum Lipid Levels in Patients with Eating Disorders. *Intern Med.* [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];55(14):1853-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27432092>.
25. Souza da Silva T, Bisi Molina MD, Antunes Nunes MA, Perim de Faria C, Valadão Cade N. Binge eating, sociodemographic and lifestyle factors in participants of the ELSA-Brazil. *J Eat Disord.* [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];4:25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081934/>.
26. Citrome L. Binge-Eating Disorder and Comorbid Conditions: Differential Diagnosis and Implications for Treatment. *J Clin Psychiatry.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];78:9-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125173>.
27. He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];50(2):91-103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28039879/>.
28. Succurro E, Segura-Garcia C, Ruffo M, Caroleo M, Rania M, Aloï M, et al. Obese Patients With a Binge Eating Disorder Have an Unfavorable Metabolic and Inflammatory Profile. *Medicine (Baltimore).* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];94(52):e2098. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26717356>.
29. Koski M, Naukkarinen H. Severe obesity, emotions and eating habits: a case-control study. *BMC Obes.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];4:2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219768/>.
30. Rosenbaum DL, White KS. The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *J Health Psychol.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];20(6):887-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26032804>.

31. Rosenbaum DL, White KS (2013) The role of anxiety in binge eating behavior: A critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychol Res.* [Internet]. 2013 [cited Sept 28, 2017];1(2): e19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26973904>.
32. Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];48(6):535-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26010817>.
33. Sheehan DV, Herman BK. The Psychological and Medical Factors Associated With Untreated Binge Eating Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];17(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560195/>.

Recebido: 01.12.2017

Aceito: 27.05.2018

Correspondência:
Letícia Palota Eid
Universidade Federal de Goiás
Unidade Acadêmica Especial Ciências da Saúde
BR 364, km 195, nº 3800
CEP: 75801-615, Jataí, GO, Brasil
E-mail: lpalota@usp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.