

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FELIPE PINHEIRO SANTANA

**RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E PREVALÊNCIA
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DE IMAGEM
CORPORAL NA MULHER**

Aracaju
2019

FELIPE PINHEIRO SANTANA

**RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E PREVALÊNCIA
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DE IMAGEM
CORPORAL NA MULHER**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como um dos pré-requisitos
para a obtenção do título de Médico.

Orientador: Prof. Halley Ferraro Oliveira

Aracaju
2019

FELIPE PINHEIRO SANTANA

RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES E DE IMAGEM CORPORAL NA
MULHER

Monografia apresentada ao Curso de
Medicina da Universidade Federal de
Sergipe – UFS, como requisito parcial
para obtenção do título de Médico.

Situação: Aprovada.

Prof. Halley Ferraro Oliveira
Universidade Federal de Sergipe

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo carinho e amor e por terem investido tanto na minha formação, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

AGRADECIMENTOS

Até aqui nos ajudou o Senhor. E o principal sentimento nesse momento é o de Gratidão. Todos esses momentos vividos durante a produção do trabalho me fizeram refletir sobre os caminhos que percorri, as situações que enfrentei, das pedras que encontrei no caminho aos pedreiros e donos de minas que trabalharam a meu favor.

À Deus, o grande responsável por tudo isso, o meu muito obrigado! Obrigado por ser O Senhor, o maior responsável pela minha humanidade na Medicina. Obrigado por despertar em meu coração o amor ao próximo e me fazer entender que todos precisam do nosso respeito, amor e cuidado. Que bom poder proporcionar tudo isso com minha profissão.

Aos meus pais RITA e CLOVIS por todo amor, comprometimento e sacrifícios feitos em prol de minha formação e da minha felicidade, muitas vezes abstando-se de coisas importantes para me ajudar nesta conquista.

A toda minha família, às minhas avós, Renilza e Flor, tios, tias, primos, meus sinceros agradecimentos por tudo que vocês são na minha vida, por todos os conselhos e todos os momentos em família. À minha amada Mãe Darcy e a toda sua família por terem me acolhido desde nascido. Vocês também são parte da minha educação.

Aos meus amigos evangélicos das igrejas a qual congreguei, por ter me apresentado a Deus e fortalecido Sua espiritualidade em minha vida. Não teria chegado tão longe sem o fortalecimento da fé. Obrigado ainda pelos dias de comunhão, de apoio e alegria. Aos meus amigos das atividades físicas, do esporte e da vida, por toda parceria, todo apoio e por terem me auxiliado na realização desde trabalho.

Ao meu irmão, Matheus, por toda cumplicidade e apoio. Por mesmo longe se preocupar e me ajudar quando sempre precisei. Sei que posso contar com você para tudo e você também pode contar comigo.

A todos os meus professores, desde o fundamental e médio no colégio militar até a faculdade. Obrigado por me guiar, pelas experiências e pelos bons exemplos. Ao meu orientador, Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira, pela disponibilidade para me orientar neste trabalho.

Aqui, por fim, me alicerço em II Coríntios 4:17-18, que diz: “Pois estas aflições pequenas e momentâneas que agora enfrentamos produzem para nós uma glória que pesa mais que todas as angústias e durará para sempre. Portanto não olhamos para aquilo que agora

podemos ver; em vez disso fixamos o olhar naquilo que não se pode ver. Pois as coisas que agora vemos logo passarão, mas as que não podemos ver durarão para sempre. ”

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prática regular de atividade física está intimamente relacionada à melhora na saúde e a benefícios na qualidade de vida, além de auxiliar no tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, sendo então indicada como tratamento coadjuvante, em associação às demais terapêuticas, como descrito por Gulleto e Blumenthal, em 1996. Sob outra perspectiva, alguns indivíduos podem praticar atividade física de uma forma irracional e inadequada, de forma excessiva ou compulsiva, sendo sinal de uma situação patológica e acarretando prejuízos à sua saúde. Em 1987, Veale descreveu a atividade física excessiva/compulsiva como um sintoma secundário a um Transtorno Alimentar (TA). Assim, o exercício físico pode ser um dos meios utilizados pelos indivíduos com TA para perda/controlar de peso, ocupando espaço importante como estratégia para tal. **OBJETIVOS:** Este trabalho visa relacionar a prevalência de transtornos alimentares e de imagem corporal em diferentes grupos de mulheres praticantes de atividade física, segundo a quantidade, intensidade e exigência do exercício (atletas de alto rendimento, praticantes de atividade física regular, praticantes de atividade física eventual). **METODOLOGIA:** Estudo transversal, qualitativo, analítico com amostra do tipo conveniência, realizado com praticantes de atividade física, atletas e não atletas, todas entre 18 e 29 anos, no período de julho a setembro de 2019, a partir da aplicação de dois questionários online, via Google Forms, validados internacionalmente, mediante aceite prévio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dois questionários autoaplicáveis são Eating Attitudes Test (EAT-26), que auxilia na triagem de possíveis doentes com transtorno alimentar, e o Body Shape Questionary (BSQ), que mede o grau de insatisfação com a imagem corporal. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Participaram da pesquisa 122 mulheres praticantes de atividade física. A média de idade foi de 23 anos. 19,68% eram atletas, 40,16% eram praticantes regulares, 40,16% eram praticantes eventuais. No resultado geral, o EAT-26 demonstrou que 32,7% das participantes têm comportamento alimentar de risco para transtorno alimentar. Para os resultados do BSQ, 55,7% das entrevistadas são insatisfeitas com sua imagem corporal. Com o objetivo de comparar os grupos quanto ao nível de risco para transtorno alimentar e quanto ao nível de insatisfação corporal convencionou-se calcular a média do score do teste: EAT-26: atletas (19,8), praticantes regulares (17,2), praticantes eventuais (14,3). BSQ: atletas (88,0), praticantes regulares (92,9), praticantes eventuais (106,6). **CONCLUSÃO:** As atletas são as com maior comportamento de

risco para transtorno alimentar entre as praticantes de atividade física, em contrapartida são as com menor insatisfação corporal. As praticantes de atividade física eventual são as de menor comportamento de risco para transtorno alimentar e as com maior nível de insatisfação corporal. As praticantes de atividade física regular se mantiveram na média do estudo. Estes dados são concordantes com a maioria dos outros estudos. Scores altos do EAT-26 em todas as atletas de fisiculturismo também confirmam dados da literatura da maior propensão de TAs em atividades que envolvem estética corporal e as pontuações do BSQ elevadas podem não só indicar insatisfação corporal, mas distorção da imagem corporal nessas. Portanto, fica clara a importância do debate a respeito dos fatores psíquicos relacionados com o meio em que o indivíduo está exposto – pressão por rendimento, modernidade, ação da mídia, padrões sociais – que podem levar o paciente com TA a procurar atividade física cada vez mais exaustiva.

Palavras-chave: Atividade Física. Exercício Físico. Transtorno Alimentar. Imagem Corporal. Praticantes. Atletas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Regular practice of physical activity is closely related to improved health and quality of life benefits, as well as assisting in the treatment of patients with psychiatric disorders, such as depression and anxiety, and is therefore indicated as an adjunctive treatment in association with other therapies, as described by Gulleto and Blumenthal in 1996. From another perspective, some individuals may engage in physical activity in an irrational and inappropriate manner, excessively or compulsively, being a sign of a pathological situation and causing damage to their health. In 1987, Veale described excessive / compulsive physical activity as a symptom secondary to an Eating Disorder (ED). Thus, physical exercise may be one of the means used by individuals with AT for weight loss / control, occupying important space as a strategy for this. **OBJECTIVES:** This work aims to make a list of the predominance of food upsets and of physical image in different groups of practicing women of physical activity, according to the quantity, intensity and demand of the exercise (athletes of high profit, apprentices of regular physical activity, apprentices of eventual physical activity). **METHODS:** Cross-sectional, qualitative, analytical study with a convenience sample, conducted with physical activity practitioners, athletes and non-athletes, all between 18 and 29 years old, from July to September 2019, from the application of two online questionnaires, via Google Forms, validated internationally, upon prior acceptance of the Informed Consent (IC). The two self-administered questionnaires are Eating Attitudes Test (EAT-26), which assists in the screening of potential eating disorder patients, and the Body Shape Questionnaire (BSQ), which measures the degree of dissatisfaction with body image. **RESULTS AND DISCUSSION:** A total of 122 women practicing physical activity participated in the research. The average age was 23 years. 19.68% were athletes, 40.16% were regular practitioners, 40.16% were occasional practitioners. In the overall result, EAT-26 showed that 32.7% of participants had eating behaviors at risk for eating disorder. For the results of the BSQ, 55.7% of respondents are dissatisfied with their body image. In order to compare the groups regarding the level of risk for eating disorder and the level of body dissatisfaction, it was agreed to calculate the average test score: EAT-26: athletes (19.8), regular practitioners (17.2), occasional practitioners (14,3). BSQ: athletes (88.0), regular practitioners (92.9), occasional practitioners (106.6). **CONCLUSION:** The athletes are those with the highest risk behavior for eating disorder among the physical activity practitioners, in contrast are the ones with the least body dissatisfaction.

The practitioners of occasional physical activity are those with the lowest risk behavior for eating disorder and those with the highest level of body dissatisfaction. The practitioners of regular physical activity remained the average of the study. High EAT-26 scores in all bodybuilding athletes confirm literature data of the higher propensity of ATs in activities involving body aesthetics and high BSQ scores may not only indicate body dissatisfaction but body image distortion in these. Therefore, it is clear the importance of the debate about psychic factors related to the environment in which the individual is exposed - pressure for income, modernity, media action, social standards - that can lead the patient with AT to look for physical activity every time. more exhaustive.

Keywords: Physical activity. Physical exercise. Eating disorder. Body image. Practitioners. Athletes.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Resultado geral do Body Shape Questionnaire(BSQ), Aracaju, 2019. | 37 |
| Tabela 2. Média dos scores do EAT-26 e BSQ e seus desvios padrões..... | 38 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Porcentagem dos grupos partipantes da pesquisa..... | 36 |
| Gráfico 2. Resultado do EAT-26..... | 37 |
| Gráfico 3. Média de Score no EAT-26 por grupo..... | 38 |
| Gráfico 4. Média de pontos no BSQ por grupo..... | 39 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AN | Anorexia Nervosa |
| BN | Bulimia Nervosa |
| BSQ | <i>Body Shape Questionnaire</i> |
| EAT-26 | <i>Eating Attitudes Tests</i> |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| ISRS | Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| TCAP | Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 13 |
| 2.1 Transtornos Alimentares..... | 13 |
| 2.1.1 Anorexia Nervosa..... | 13 |
| 2.1.1.1 Definição..... | 13 |
| 2.1.1.2 Breve Histórico..... | 14 |
| 2.1.1.3 Epidemiologia..... | 16 |
| 2.1.1.4 Etiologia..... | 16 |
| 2.1.1.5 Quadro Clínico..... | 17 |
| 2.1.1.6 Critérios Diagnósticos..... | 19 |
| 2.1.1.7 Tratamento..... | 20 |
| 2.1.2 Bulimia Nervosa..... | 20 |
| 2.1.2.1 Definição..... | 20 |
| 2.1.2.2 Breve Histórico..... | 21 |
| 2.1.2.3 Epidemiologia..... | 22 |
| 2.1.2.4 Etiologia..... | 23 |
| 2.1.2.5 Quadro Clínico..... | 23 |
| 2.1.2.6 Critérios Diagnósticos..... | 26 |
| 2.1.2.7 Tratamento..... | 26 |
| 2.1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP)..... | 27 |
| 2.1.3.1 Definição..... | 27 |
| 2.1.3.3 Critérios diagnósticos para TCAP segundo DSM-V (APA, 2013)..... | 28 |
| 2.2 Insatisfação Corporal..... | 29 |
| 3 OBJETIVOS..... | 33 |
| 4 MATERIAIS E MÉTODOS..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 36 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 48 |
| APÊNDICE B – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EATING ATTITUDES TEST – EAT-26)..... | 50 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, vários estudos confirmam que a prática regular de atividade física está intimamente relacionada à melhora na saúde e a benefícios na qualidade de vida. A falta de atividade física regular, atrelada a um dia a dia sedentário, associa-se a fatores de risco para o desenvolvimento, por exemplo, de doenças metabólicas e cardiovasculares (MARON, 2000; BOSCOLO, 2005; DUNCAN et al., 2005; JENKINS, 2007).

Para além dos benefícios orgânicos, em 1996, Gullete e Blumenthal descreveram os benefícios da prática de atividade física em pacientes com transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, sendo então indicado o exercício físico como tratamento coadjuvante, em associação às demais terapêuticas (PELUSO, 2005). Antes disso, Morgan, em 1985, em sua revisão, já tinha apresentado algumas hipóteses para explicar, com base fisiológica, os benefícios da prática de atividade física nos transtornos de humor e ansiedade, hipóteses tais bem aceitas até hoje. A hipótese mais conhecida diz respeito à maior liberação de endorfina (opioide endógeno) após prática de exercício físico, implicando numa maior sensação de bem-estar físico e psíquico. Além disso, a atividade física proporciona um afastamento, ao menos durante a sua prática, dos estímulos que contribuem para um nível maior de ansiedade e depressão (hipótese da distração). Uma última hipótese descrita indica que a prática regular de exercício físico contribui para elevar os níveis de noradrenalina e serotonina, neurotransmissores que são reconhecidos por ter relação com os transtornos de humor e ansiedade (hipótese das monoaminas).

Sob outra perspectiva, diversos estudos demonstraram que alguns indivíduos podem praticar atividade física de uma forma irracional e inadequada, de forma excessiva ou compulsiva, sendo sinal de uma situação patológica e acarretando prejuízos à sua saúde (GLASSER, 1976; YATES, 1983; CHALMERS, 1984; PASSMAN e THOMPSON, 1988; YATES, 1991; VEALE, 1987; PELUSO, 2005). Foi em 1987, que Veale descreveu a atividade física excessiva/compulsiva como um sintoma secundário a um Transtorno Alimentar (TA).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013, pág. 329), caracteriza-se “Transtorno Alimentar” um distúrbio persistente na alimentação ou em comportamentos que tenham relação com esta, resultando na ingesta ou na absorção alterada dos alimentos de forma a comprometer consideravelmente a saúde (física e psicossocial).

Os principais transtornos alimentares são: Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) – além do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). A AN caracteriza-se pela busca incessante pela magreza, com perda de peso à custa de dieta extremamente rígida e restrita, distorção da imagem corporal e amenorreia. A BN é caracterizada por episódios repetidos de ingestão alimentar em grande quantidade e uma preocupação em excesso com o controle do peso corporal. O paciente chega a adotar medidas extremas, a fim de evitar o ganho de peso, após uma ingestão alimentar descomedida.

Assim sendo, a AN e a BN têm relação uma com a outra, na medida que têm em comum uma ideia predominante envolvendo a preocupação excessiva com o peso corporal, distorção da imagem corporal e um receio patológico de engordar (SAITO, 2001). Para isso, um dos principais meios de diminuir ou manter o peso corporal é a prática de atividade física.

Segundo Peñas-Lledó (2002), cerca de 80% dos pacientes diagnosticados com AN e 55% dos diagnosticados com BN se exercitam compulsivamente em algum período da história de sua doença.

Não existe consenso sobre quais critérios tornam o exercício físico não saudável. Adkins e Keel (2005) analisaram a prática de atividade física por pacientes com TA, dividindo os exercícios físicos em dois componentes: o que se refere à quantidade de exercício em sua frequência, duração e intensidade (quando elevado: exercício físico excessivo) e o que se refere à qualidade do exercício, ou seja, quando o paciente deixa de realizar outras atividades de lazer ou momentos com a família e/ou relacionamentos em função de uma rigidez no cumprimento de sessões de atividade física diárias e, quando isso não ocorre, o indivíduo apresenta irritabilidade, até quadros ansiosos e depressivos (exercício físico compulsivo). O estudo concluiu que as alterações na qualidade da atividade física previam a presença de sintomas de BN, enquanto a quantidade de exercício não, o que sugere a ideia de que o exercício “não saudável” pode constituir um sintoma de TA de maneira muito mais forte quando ele é compulsivo em comparação com o conceito de exercício excessivo.

Assunção et al (2002), definiram, em um de seus estudos que, para um exercício ser considerado excessivo, deve ter duração maior ou igual a duas horas por dia, além de incluir também como critério a obrigatoriedade de se exercitar mesmo quando sem vontade e a presença de uma rotina fixa, adicionado a compensações caso faltassem algum dia por força maior (componente compulsivo).

Estudo realizado em mulheres com AN e BN, avaliou o padrão de suas atividades físicas, evidenciando que a maioria praticava atividade física - e de forma excessiva e rígida,

na fase aguda do TA. Além disso, sua prevalência era mais alta entre as mulheres com AN em relação à BN (DAVIS et al, 1997).

Assim, o exercício físico pode ser um dos meios utilizados pelos indivíduos com transtorno alimentar para perda/controlar de peso, ocupando espaço importante como estratégia para tal (BEUMONT et al, 1984; MORGAN et al, 2002).

Como a comunidade dos praticantes de exercício físico, atletas de alto rendimento e praticantes amadores, é considerada importante grupo de risco para o surgimento de transtornos alimentares (BEALS, MARONE, 2002), o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência e a propensão a estes transtornos e o grau de insatisfação com a imagem corporal dos praticantes de atividade física.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Transtornos Alimentares

2.1.1 Anorexia Nervosa

2.1.1.1 Definição

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado pela busca incessante pela magreza, com perda de peso à custa de dieta extremamente rígida e restrita, chegando frequentemente ao extremo de inanição. Além disso, há uma perturbação grosseira da imagem corporal, além de alterações no ciclo menstrual nas mulheres. O transtorno é reconhecido no contexto patológico há algumas décadas, sendo descrito em vários indivíduos de forma bastante homogênea, se comparado com outros transtornos mentais; é mais prevalente em mulheres e, em geral, inicia-se na adolescência (APPOLINARIO, 2000; CORDÁS, 2004).

Morgan et al, em seus estudos (2002), referem que, dentre as hipóteses explicativas à uma perturbação psicológica e o desenvolvimento de AN em mulheres jovens está a tentativa da adolescente de frear ou tornar mais lenta a maturação sexual, além dos outros conflitos envolvendo a fase de transição de menina para mulher. Questões psicológicas referentes à sensação de impotência e dificuldade em uma construção de autonomia também foram sugeridas como contribuindo para o desenvolvimento do transtorno (MORGAN et al, 2002).

Além disso, os comportamentos anoréxicos têm estreita associação com o estabelecimento de padrões de beleza estabelecidos, principalmente pela mídia. O culto ao corpo nos dias atuais leva os indivíduos, principalmente às meninas jovens, à busca do corpo perfeito e ao descontentamento com a própria imagem corporal. Profissões que exigem estética dentro dos padrões e/ou leveza para aumentar o desempenho, como as bailarinas, ginastas e patinadoras ou magreza para comercialização da imagem, como modelos e atrizes, também se encontram em elevado risco para o desenvolvimento de TA (PATE et al, 1992; MORGAN et al, 2002).

2.1.1.2 Breve Histórico

Ao que parece, a AN foi o primeiro transtorno alimentar a ser relatado, já no século XIX e, da mesma forma, a pioneira a ter classificação e critérios reconhecidos, já na década de 1970.

Parry-Jones em *Historical Terminology Eating Disorders* (1991) conta que em documentos latinos de 106 a 43 Ac estão a referência da palavra *fastidium*, primeiro termo usado para designar a condição de aversão à comida. Já a denominação “anorexia nervosa” surgiu com William Gull (1873), conceituado por ele como uma forma diferente de patologia caracterizada por emagrecimento extremo em mulheres jovens e não decorrente de disfunções gástricas, mas sim de um estado mental mórbido.

Durante a idade média, o estado de jejum era compreendido como de aproximação espiritual com o divino (CORDÁS, 2004). Bell (1985) traz, em seu livro “*Holy Anorexia*”, relato de 260 jovens religiosas na Itália, que viveram entre os anos de 1200 e 1600, cujo comportamento assemelhava-se ao anoréxico. A intenção descrita era, aparentemente, suprimir as necessidades físicas (como a necessidade de comer) e as “sensações carnis” (como os impulsos sexuais e a fome) para alcançar metas espirituais cada vez mais superiores. A situação da qual essas jovens se submeteram ficou conhecida como “anorexia sagrada”.

Caso muito conhecido é o de Santa Catarina de Siena. Após vivenciar a morte da sua irmã em um trabalho de parto e de conflitos com os pais acerca de um projeto de matrimônio, Santa Catarina iniciou, aos 15 anos, restrição alimentar, preces e castigos físicos (autoflagelo). Quando era obrigada a se alimentar, a jovem chegava a induzir os vômitos através de galhos na garganta e do uso de ervas, falecendo aos 32 anos por desnutrição. Relatos indicam que a santa vivenciou experiências místicas e se mantinha em constante vigília, provavelmente por conta da inanição (CORDÁS, 2004).

Não se pode afirmar que os casos das jovens religiosas que praticavam jejum extremo com cunho, a princípio, espiritual se tratavam de casos de AN, porém não se pode negar a associação quanto a características comuns: ambas evitavam o extremo o alimento, em ambas há o desinteresse por relacionamentos comuns e esquivas da sexualidade, preferência por cuidar dos outros ao invés de serem cuidadas, autoinsuficiência, insatisfação consigo próprias, e em ambas há uma busca por “estados ideais” (beatitude na Itália medieval e magreza no ocidente atual). Ao que parece, as intenções das jovens se misturavam às crenças religiosas (CORDÁS, 2004).

Em 1689, Morton descreve casos de duas mulheres da qual tratou, se referindo a “consumpção de origem nervosa”, em livro sobre doenças consumptivas. Este foi considerado como sendo o primeiro relato médico reconhecido para AN. O autor disserta sobre a relação mútua da mente com o físico, ressaltando o papel das emoções das pacientes no processo patológico. O autor descreveu os casos como caracterizados por aversão à comida, emagrecimento acentuado, hiperatividade, amenorreia, obstipação, com ausência de febre e/ou dispneia. O autor ainda ressalta a preservação da capacidade mental das pacientes e indiferença em relação ao seu estado caquético (SILVERMAN, 1992).

Por um longo tempo, a anorexia nervosa como conhecemos hoje foi vista como sendo parte de diversos outros transtornos psiquiátricos, caracterizando a “perda de peso acentuada” como um sintoma inespecífico. Tal fato pode ser explicado devido a existência de aspectos presentes em sua psicopatologia, como alterações cognitivas, afetivas e comportamentais, provocadas pela inanição, poderem ser confundidas com outros transtornos psiquiátricos (GARFINKEL, 1983)

É na segunda metade do século XIX, nos relatos do francês Charles Laségue (1873), que a AN é descrita como patologia per se, se distinguindo dos demais transtornos psiquiátricos, porém referida como anorexie histérique. William Gull, em 1874, descreve quadro semelhante de anorexia per se em três meninas, chamando, quase que, semelhantemente, de “apepsia histórica”. Não há consenso sobre a precedência da descrição do quadro de anorexia no meio médico entre Charles Lasegue e William Gull, tornando-se, portanto, em mais um conflito acerca do possuidor da ideia (VAN DER HAM et al., 1989).

O reconhecimento da AN como síndrome psiquiátrica distinta se deu a partir de 1960, com o aumento do número de casos semelhantes e às maiores tentativas de distinguir o quadro com outros transtornos psiquiátricos (CORDÁS, 2004). A psicanalista alemã Hilde Bruch (1973), reconhecida por suas pesquisas sobre transtornos alimentares, foi uma grande contribuidora para o entendimento da psicopatologia da AN. Segundo Bruch, o cerne da psicopatologia da AN compreende um agrupamento de perturbações do ego e da personalidade, consistindo em três áreas: sensação neutralizante de ineficiência que invade o pensamento da paciente; transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção e interpretação de estímulos corporais, como reconhecimento da fome.

A anorexia nervosa também foi relacionada com a busca das pacientes, na pré-puberdade, em impedir o avanço da puberdade (usando a não progressão do peso) de forma a também conter as demandas que a fase traz consigo, sejam biológicas como psicológicas, criando um estado de “fobia de peso” (CRISP, 1980).

Na década de 1970, surgem os primeiros critérios diagnósticos padronizados para anorexia nervosa, com base nas descrições feitas até então, nas alterações biológicas e psicopatológicas: alterações na imagem corporal, perda excessiva de peso, pavor em engordar e alterações endócrinas, como amenorreia (RUSSELL, 1970; FEIGHNER, 1972).

2.1.1.3 Epidemiologia

Estima-se que a anorexia nervosa atinge cerca de 0,5 a 1% das meninas adolescentes, ocorrendo de 10 a 20 vezes mais nessas do que no sexo masculino. A AN vem sendo relatada com maior frequência nas últimas décadas, com crescentes relatos do transtorno em homens e meninas pré-púberes. A fase mais frequente para o início da AN é na adolescência, porém até 5% dos pacientes com AN têm início do transtorno logo após os vinte anos, ocorrendo dos 10 aos 30 anos de idade (MORGAN, 2002).

Inicialmente, o transtorno era descrito predominantemente em classes econômicas mais favorecidas, provavelmente devido ao maior acesso às informações e maior influência do processo de globalização. Recentes levantamentos não mostram esta distribuição, porém o transtorno parece ainda ser mais comum em países desenvolvidos, sendo visto com mais frequência nas mulheres jovens que têm profissões que exigem, necessariamente, a magreza, como bailarinas e modelos (BUCARETCHI e CORDÁS, 2007).

2.1.1.4 Etiologia

Tanto fatores biológicos, como fatores psicológicos e ambientais estão envolvidos na etiologia da AN.

Sobre os fatores biológicos, estudos preliminares mostraram ganhos consideráveis de peso em alguns pacientes que recebem antagonistas dos opiáceos, inferindo, portanto, que os opiáceos endógenos podem contribuir para a negação da fome dos pacientes com AN. A inanição repercute em alterações bioquímicas, como hipercortisolemia não suprimida pela dexametasona, por exemplo, que também está presente na depressão. Além disso, podem ser revelados diminuição da função tireóidea com diminuição de LH, FSH e GnRH, resultando em

amenorreia. Entretanto, grande parte dos pacientes com AN tornam-se amenorreicos por conta da diminuição considerável de peso (ROSSI, 2008, HAINES et al, 2010).

Em relação aos fatores sociais, algumas evidências demonstram que os pacientes com AN tendem a distrair a atenção dos relacionamentos conjugais tensos em seus lares com a sua própria condição física (anoréxica). Além disso, percebe-se uma maior propensão a história familiar de depressão, alcoolismo ou algum transtorno alimentar (KIME, 2008; ROSSI, 2008; KRUG et al, 2009, HAINES et al, 2010).

A AN é, possivelmente, uma reação às demandas sobre os adolescentes por maior independência e aumento da responsabilidade social e da vida sexual. Os pacientes anoréxicos substituem suas preocupações adolescentes normais pela preocupação obsessiva com alimentos e ganho de peso (FILHO, ABREU, 2004; ROSSI, 2008; HAINES et al, 2010).

Os pacientes com AN, tipicamente, não desenvolvem o senso de autonomia e individualidade, como a maioria das pessoas da fase de adolescência para a adulta, podendo vivenciar, inclusive, seus corpos como estando, de certa forma, sob o controle de seus pais. A autoindução da inanição pode representar um esforço para obter validação como uma pessoa especial e singular. Os pacientes com AN só conseguem desenvolver um senso de autonomia e individualidade através de atos de forte autodisciplina (FILHO, ABREU, 2004; KIME, 2008; ROSSI, 2008; KRUG et al, 2009, HAINES et al, 2010).

2.1.1.5 Quadro Clínico

Os pacientes com AN geralmente rejeitam-se a comer em ambientes públicos ou com suas famílias. A redução drástica na ingestão total de alimentos, com diminuição desproporcional nos alimentos ricos em carboidratos e lipídios, gera uma grande perda de peso, chegando a IMCs bem menores que 18,5 (magreza). A maior parte do comportamento desarranjado orientado para perda de peso ocorre em segredo (APPOLINARIO, 2000; JORGE, VITALLE, 2008).

Do ponto de vista psicopatológico, o termo “anorexia (an- ausência; orexis- apetite)” é inadequado, pois, quase até o final da doença, a perda de apetite, em si, é geralmente rara, sendo mais adequado referir à “negação do apetite”. Segundo Cordás (2004), a negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão “busca da magreza por adolescentes (pubertaetsmagersucht) ” bem mais adequado.

Os pacientes estão constantemente pensando em comida, criando fascínio pelas receitas e pela preparação de refeições elaboradas para os outros. Alguns pacientes, entretanto, não conseguem controlar continuamente a restrição voluntária da ingestão de alimentos e, assim, têm episódios de voracidade, que, em geral, ocorrem em segredo e, frequentemente, à noite, seguindo, frequentemente, com indução de vômito. Os pacientes abusam de diuréticos e laxantes com o objetivo de perderem peso. Desconforto epigástrico é uma queixa comum. Além disso, exercícios ritualísticos, como caminhar ou correr de forma excessiva e ciclismo extensivo são atividades comuns. Os pacientes têm tendência a serem rígidos e perfeccionistas em, também, outros aspectos da vida (APPOLINARIO, 2000).

Outros sintomas psiquiátricos notados muito frequentemente na literatura nos anoréxicos são: depressão, ansiedade e comportamento obsessivo-compulsivo. Furtos compulsivos, geralmente de doces e laxantes, mas eventualmente de outros itens (como roupas) também são comuns (HERZOG, 1992; APPOLINARIO, 2000).

Pacientes com AN são descritos, frequentemente, com uma deficitária adequação sexual. Muitos pacientes adolescentes têm, acompanhando o aparecimento da doença, atraso no desenvolvimento psicossocial, assim como pacientes adultos têm interesse pelo sexo diminuído de forma pronunciada. Por outro lado, os pacientes com AN podem não apresentar diminuição no interesse sexual e, um pequeno grupo atípico de pacientes anoréxicos, podem ter até mesmo sinais pré-mórbidos de hipersexualidade.

Os pacientes, na maioria dos casos, já chegam à procura de assistência médica, trazidos por seus familiares, quando a perda de peso já se torna evidente. Com o avanço da perda de peso, aparecem sinais como hipotermia (com temperatura axilar de menos de 35°C), hipotensão, bradicardia, lanugem, além de diversas alterações metabólicas. Alguns pacientes chegam à atenção médica queixando-se apenas de amenorreia, que frequentemente aparece antes da percepção de perda de peso exagerada. A indução de vômitos e o abuso de laxantes e diuréticos também causam preocupação sobre a alcalose hipocalêmica nesses pacientes.

AN do tipo restritiva: durante o episódio atual de AN, não há envolvimento do indivíduo com comportamentos regulares de compulsão alimentar ou de autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas;

AN do tipo compulsão periódica/purgativa – durante o episódio atual de AN, há envolvimento do indivíduo com comportamentos regulares de comer compulsivamente ou autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

2.1.1.6 Critérios Diagnósticos

A seguir, apresentamos os critérios diagnósticos segundo o DSM-V (APA, 2013).

1. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo com peso inferior.
3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.

O processo do diagnóstico diferencial da AN é dificultado pela negação dos sintomas por parte do paciente e pelo segredo envolvendo seus rituais alimentares excêntricos. Portanto, pode ser difícil identificar o mecanismo de perda de peso e os pensamentos associados, envolvendo distorções da imagem corporal.

Doenças orgânicas, como câncer ou tumor cerebral, que expliquem uma perda de peso excessiva, devem ser descartadas, a fim de o médico assegurar o diagnóstico de AN. Além disso, perda de peso, comportamento alimentar incomum e vômitos podem ocorrer em outras doenças psiquiátricas, principalmente o transtorno depressivo. Ambos os transtornos apresentam aspectos como sentimentos de depressão, crises de choro, perturbação do sono, ruminações obsessivas e pensamentos suicidas ocasionais. Entretanto, existem características que distinguem um transtorno do outro: um paciente com transtorno depressivo, geralmente, tem diminuição do apetite, enquanto um paciente com AN tem apetite normal e afirma sentir fome. Somente nos estágios mais severos da anorexia nervosa o paciente realmente tem diminuição no apetite.

A anorexia nervosa também deve ser diferenciada da bulimia nervosa, um transtorno no qual ocorrem compulsões periódicas seguidas por depressão, pensamentos autodepreciativos e, frequentemente, indução de vômito, enquanto o paciente mantém seu peso dentro de um limite normal. Além disso, na bulimia nervosa raramente há uma perda de peso de 15%. As duas condições às vezes ocorrem juntas.

O curso da anorexia nervosa varia imensamente – recuperação espontânea sem tratamento, recuperação após uma variedade de tratamentos, curso flutuante de ganhos de peso

seguidos por recaídas, e um curso de deterioração gradual resultando em morte causada por complicações da inanição. Em geral, o prognóstico não é bom.

2.1.1.7 Tratamento

Recomenda-se um plano abrangente de tratamento dos pacientes com esse transtorno devido às suas implicações psicológicas e médicas. Portanto a psicoterapia, tanto individual como familiar, é importante, trabalhando os enfoques comportamentais e interpessoais. Já em relação às implicações médicas a hospitalização, quando necessária, deve ser considerada. O uso de ISRS em doses mais altas traz benefício nesses casos.

2.1.2 Bulimia Nervosa

2.1.2.1 Definição

A Bulimia Nervosa (BN) é um TA caracterizada por episódios de compulsão alimentar, seguido de comportamentos compensatórios inadequados, nos quais o indivíduo experimenta sensação de perda de controle¹⁷⁻¹⁸. Alvarenga e Philippi (2002)¹⁷, relataram que este distúrbio é o mais prevalente entre os TA, com 1% a 4% de incidência entre mulheres jovens. As autoras o descrevem como um transtorno quase que exclusivamente feminino. Em contrapartida, Melin e Araújo (2002)¹⁵ relatam que, em homens, a BN é mais freqüente que a Anorexia Nervosa e que a proporção de homens que apresentam TA é, geralmente, de 1:10, podendo ser encontrados também os valores de 1:6 e 1:20. Segundo Cordás (2004), o que leva uma pessoa a apresentar episódios bulímicos é a preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal.

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos. (CORDÁS, 2004; AVARENGA et al., 2011)

A bulimia nervosa, que é mais comum que a anorexia nervosa, consiste de episódios recorrentes do consumo de grandes quantidades de alimentos acompanhado por um sentimento

de perda de controle. O indivíduo também tem comportamentos compensatórios recorrentes – Como purgação (vômitos autoinduzidos, uso repetido de laxantes ou uso de diuréticos), jejum, ou exercícios excessivos – para evitar o ganho de peso. À diferença dos pacientes com anorexia nervosa, aqueles com bulimia nervosa podem manter um peso corporal normal. De acordo com os critérios diagnósticos de bulimia nervosa, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios devem ocorrer em média pelo menos duas vezes por semana durante três meses.(FAIRBURN, 1995; CORDÁS, 2004).

O vômito auto-induzido é extremamente comum, sendo encontrado em até 95% dos pacientes, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade (CASPER, 1983)

2.1.2.2 Breve Histórico

Segundo Cordás (2004), o termo bulimia nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos boul(boi) ou bou(grande quantidade) com lemos (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi.

A BN foi descrita por Gerald Russel em 1979. O termo boulimos já era usado séculos antes de Cristo. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. É interessante lembrar que o comportamento de forçar o vômito é muito antigo e pode ser encontrado precocemente na história de diferentes povos da Antiguidade. No antigo Egito, por exemplo, grande parte do papiro de Eber é dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. Segundo Heródoto, os egípcios vomitavam e usavam purgativos todo mês, por três dias consecutivos, julgando que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida”. Na medicina grega é sabido que Hipócrates também recomendava a indução de vômitos por dois dias consecutivos todo mês como um método de prevenir diferentes doenças. Os romanos criaram o vomitorium, que lhes permitia alimentar-se em excesso durante os banquetes, e posteriormente vomitar em local reservado para esta finalidade, às vezes usando uma pena de ave para estimular o reflexo do vômito na garganta.(CORDÁS, 2004)

Purgantes eram populares já na Idade Média. De fato junto com os eméticos (medicamentos para induzir o vômito) dominaram o arsenal terapêutico por muitos anos, sendo tudo o que um médico podia prescrever na época, prática que foi violentamente satirizada por Molière em suas peças (CORDÁS, 2004).

O termo bulimia tem uma história muito antiga; deriva do grego “bous” (boi) e “limos” (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer

um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVIII, diferentes variantes do termo, como os derivados do latim “bulimus” e “bolismos” ou do francês “bolisme”, com o mesmo significado anterior, foram empregados na literatura médica na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia.(PARRY-JONES, 1991).

A descrição histórica de 30 casos por Russell, em 1979, sugeria que o quadro seria uma estranha evolução da Anorexia Nervosa e, particularmente, do subgrupo dos anoréxicos bulímicos. Essas pacientes possuíam um “impulso irresistível para comer excessivamente”, seguido de vômitos auto-induzidos como forma de purgação e um medo mórbido de engordar. A perda de peso mínima ou ausente, refere Russell, caracterizaria os piores medos das pacientes tornando-se realidade (RUSSELL, 1979). Estudos posteriores demonstraram, no entanto, que apenas 20% a 30% dos pacientes bulímicos apresentavam, em sua história pregressa, um episódio de anorexia nervosa, geralmente de curta duração (FAIRBURN, 1991). Nomes diferentes já foram dados ao quadro, incluindo hiperorexia nervosa, bulimarexia, bulivomia, síndrome do caos alimentar, bulimia e, finalmente, Bulimia Nervosa, termo hoje, de aceitação geral.(FICHTER, 1990)

Em 1743, James descreve a true boulimus para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada caninus appetities, com vômitos após estes episódios (Habermas, 1989).

Crisp (1967) descreve episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos em algumas de suas pacientes com anorexia nervosa.

A descrição de bulimia nervosa, tal como conhecemos hoje, nasce com Gerald Russell (1979) em Londres, a partir da descrição de pacientes com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos. Como algumas dessas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, considerou, em um primeiro momento, que a bulimia seria uma seqüela desta. (CORDÁS, 2004)

2.1.2.3 Epidemiologia

A bulimia nervosa é mais prevalente que a anorexia nervosa. As estimativas de bulimia nervosa variam de 1 a 3% das mulheres jovens. Como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa também é significativamente mais comum em mulheres, mas seu início dá-se frequentemente mais tarde na adolescência ou na idade adulta jovem. Sintomas ocasionais de bulimia nervosa, como episódios isolados de compulsão periódica e purgação, têm sido

relatados em até 40% das universitárias. Embora a bulimia nervosa frequentemente esteja presente em mulheres jovens de peso normal, elas têm, ocasionalmente, uma história de obesidade.

2.1.2.4 Etiologia

Fatores biológicos - Alguns investigadores vêm tentando associar os ciclos de compulsão periódica e purgação com vários neurotransmissores.

Como os antidepressivos, às vezes, beneficiam pacientes com bulimia nervosa, a serotonina e a noradrenalina têm sido implicadas.

Os níveis de endorfina plasmática estão aumentados em alguns pacientes com bulimia nervosa que vomitam, levando à possibilidade de que os sentimentos de bem-estar experimentados por alguns deles após o vômito possam ser mediados pelo aumento nos níveis de endorfina.

Fatores sociais - Os pacientes com bulimia nervosa, como aqueles com anorexia nervosa, tendem a ser ambiciosos e respondem às mesmas pressões para a magreza. Como ocorre com os anoréxicos, muitos pacientes com bulimia nervosa são deprimidos, e existe uma depressão familiar aumentada. As famílias desses pacientes, entretanto, em geral, são diferentes daqueles dos anoréxicos, caracterizando-se por menor intimidade e maiores conflitos entre seus membros. Os pacientes bulímicos descrevem seus pais como negligentes e rechaçados.

Fatores psicológicos - O paciente bulímico, como o anoréxico, tem dificuldades com as demandas da adolescência, mas os pacientes bulímicos são mais extrovertidos, coléricos e impulsivos do que os anoréxicos. Dependência de álcool, furtos em lojas e instabilidade emocional (incluindo tentativas de suicídio) estão associados com a bulimia nervosa. (OLIVEIRA; SANTOS, 2006)

2.1.2.5 Quadro Clínico

As características essenciais da bulimia nervosa são episódios recorrentes de compulsão periódica; um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante as comilanças; vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou de diuréticos; regimes

rígidos; jejum ou exercícios vigorosos para evitar ganhos de peso e preocupação persistente e exagerada com a forma e o peso do corpo. A compulsão periódica, em geral, precede os vômitos em um ano (AZEVEDO et al, 1998; APPOLINARIO, 2000; OLIVEIRA; SANTOS, 2006; AVARENGA et al., 2011).

O vômito auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo portanto o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso. A sua frequência é variável, podendo ser de um até 10 ou mais episódios por dia, nos casos mais graves. No começo, a paciente necessita de manobras para induzir o vômito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Algumas bulímicas mais graves, com vários episódios de vômitos por dia, podem apresentar até ulcerações no dorso da mão pela uso da mesma para induzir a *emese*, o que se chama de sinal de Russell. Com a evolução do transtorno, a paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica (APPOLINARIO, 2000).

Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas para controle do peso após uma ingestão exagerada são: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas descritas acima. Na BN, a paciente mantém uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal. A classificação do DSM-V distingue dois tipos de pacientes com bulimia conforme a utilização de métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) – “tipo purgativo” – ou não (só dieta, jejuns e exercícios), classificado no “tipo não-purgativo” (APPOLINARIO, 2000; AVARENGA et al., 2011).

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras.

Como na AN, parece haver uma ocorrência aumentada de transtornos do humor e de transtornos de ansiedade em pacientes com BN. Assim, um grande número de pacientes com BN (46% a 89%) evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. Particular atenção deve ser dada a ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com BN. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias (AZEVEDO, 1998).

A maioria dos pacientes está dentro do peso normal, mas alguns podem estar acima ou abaixo deste. Os bulímicos preocupam-se com imagem corporal e com a aparência acerca do modo como os outros os veem, e com a atratividade sexual. A maioria deles é sexualmente ativa, em comparação com os anoréxicos, que não se interessam por sexo. Pica e conflitos durante as refeições ocasionalmente são revelados nas histórias dos pacientes bulímicos. (LEONIDAS, 2013).

Os pacientes com o tipo purgativo de bulimia nervosa podem estar em risco para certas complicações médicas, como hipocalemia por vômitos e abuso de laxantes e alcalose hipoclorêmica. Aqueles que vomitam repetidamente estão em risco para fissuras gástricas ou esofágicas, embora essas complicações sejam raras. Os pacientes com bulimia nervosa que usam laxantes podem ter um curso diferente daqueles que realizam comilanças seguidas de dietas ou exercícios.

A bulimia nervosa ocorre em indivíduos com altas taxas de transtornos do humor e transtornos do controle dos impulsos, sendo também relatada em indivíduos em risco para transtornos relacionados a substâncias e uma variedade de transtornos da personalidade. Os pacientes com bulimia nervosa também têm taxas aumentadas de transtornos de ansiedade, transtorno bipolar I e transtornos dissociativos e histórias de abuso sexual.

O diagnóstico de bulimia nervosa não pode ser feito se os comportamentos de compulsão periódica e purgação ocorrem exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Nesses casos, o diagnóstico é de anorexia nervosa, tipo compulsão periódica/purgativo.

Os pacientes com transtorno da personalidade borderline, às vezes, realizam comilanças, mas o ato de comer está associado com outros sinais do transtorno.

Pouco se sabe acerca do curso em longo prazo da bulimia nervosa, e o resultado em curto prazo é variável. Em geral, o transtorno tem melhor prognóstico do que a anorexia nervosa. Em curto prazo, os pacientes com bulimia nervosa que são capazes de se envolver no tratamento têm relatada uma melhora de 50% na compulsão periódica/purgação; entre os pacientes ambulatoriais, as melhoras parecem durar mais de cinco anos. Contudo, os pacientes não estão livres de sintomas durante os períodos de melhoras; a bulimia nervosa é um transtorno crônico, com remissões e exacerbações.

O prognóstico depende da severidade das sequelas da purgação – isto é, se há desequilíbrios eletrolíticos e em que grau os vômitos resultam em esofagite, amilasemia, aumento das glândulas salivares e em cáries dentárias.

Em alguns casos de bulimia nervosa não tratada, ocorre remissão espontânea em um a dois anos.

2.1.2.6 Critérios Diagnósticos

A seguir, apresentaremos os critérios diagnósticos segundo o DSM V (APA 2013).

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevidos de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

2.1.2.7 Tratamento

O tratamento da bulimia nervosa consiste de várias intervenções, incluindo psicoterapia individual de enfoque cognitivo-comportamental, terapia de grupo, terapia familiar e farmacoterapia. Em vista da comorbidade dos transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtornos da personalidade como a bulimia nervosa, cabe levar em consideração esses transtornos adicionais no plano de tratamento.

A maioria dos pacientes com bulimia nervosa sem complicações não necessita de hospitalização. Em geral, os pacientes com bulimia nervosa não mantêm seus sintomas em segredo, como os pacientes com anorexia nervosa; portanto, o tratamento ambulatorial não é difícil. Entretanto, a psicoterapia frequentemente é tempestuosa e pode ser prolongada.

Em geral, a maioria dos antidepressivos tem sido efetiva nas dosagens habitualmente dadas no tratamento de transtornos depressivos. Entretanto, as dosagens de fluoxetina efetivas para diminuição de compulsão periódica podem ser maiores (60 mg/dia) que aquelas usadas para transtornos depressivos. Em casos de transtornos depressivos comórbidos e bulimia nervosa, o medicamento é útil. Carbamazepina e lítio não têm mostrado resultados expressivos no tratamento da compulsão periódica, mas têm sido usados no tratamento da bulimia nervosa com transtornos comórbidos do humor, como transtorno bipolar (NUNES, 1998; APPOLINARIO, 2000).

2.1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP)

2.1.3.1 Definição

O transtorno de compulsão periódica – isto é, episódios recorrentes de comilanças na ausência de comportamentos compensatórios inadequados característicos de bulimia nervosa – encaixa-se na categoria. Esses pacientes não têm fixação pela forma e peso corporais.

Os pacientes com o transtorno apresentam os episódios de compulsão alimentar, mas não utilizam as medidas extremas para evitar o ganho de peso como pessoas com BN (APPOLINARIO, 2000).

2.1.3.2 Epidemiologia

A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é em torno de 2%. Pessoas com TCAP diferem das obesas sem TCAP no que se refere à gravidade da psicopatologia, ao início mais precoce da obesidade, à maior gravidade da obesidade e à má resposta aos regimes de tratamento, podendo estar associado a obesidade em adolescentes. Berkowitz et al (1993) relataram que 30% de um grupo de adolescentes obesas que procurou

tratamento para emagrecer apresentava compulsão alimentar. O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina – ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato (SHAPIRA et al, 2000).

2.1.3.3 Critérios diagnósticos para TCAP segundo DSM-V (APA, 2013)

A – Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

1 – Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex.: dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares;

2 – Um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por ex.: um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quando se está comendo).

B – Os episódios de compulsão periódica estão associados com três ou mais dos seguintes critérios:

1 – Comer muito mais rapidamente do que o normal;

2 – Comer até sentir-se demasiadamente repleto;

3 – Comer grandes quantidades de alimento, quando não está fisicamente faminto;

4 – Comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome;

5 – Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

C – Acentuada angústia relativamente à compulsão periódica.

D – A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos dois dias por semana, por seis meses.

O método de determinação da frequência difere daquele usado para a bulimia nervosa; futuras pesquisas devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, contar o número de episódios de compulsão periódica.

E – A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por ex.: purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa

2.2 Insatisfação Corporal

Imagem corporal é uma construção psicológica, formada pelo esquema corporal perceptivo, do mesmo modo que as emoções e sensações (MARTINS et al., 2008; BÔAS et al, 2010).

O modo como as pessoas percebem sua aparência é compreendido através do esquema corporal, gerando uma resposta mental. A estrutura da imagem corporal pressupõe uma leitura sobre a relação do sujeito com o mundo, englobando as dimensões psíquica, física e social do corpo (MARTINS et al., 2008; FROIS et al, 2011), sendo totalmente influenciada pelo meio, mídia, amigos, parentes e fases da vida.

A imagem corporal é a figura que o ser humano tem de seu próprio corpo, sendo formada em sua mente (SCHILDER, 1994). Segundo Thompson (1996) este conceito envolve três componentes: o perceptivo, relacionado com a percepção do corpo, e a uma estimativa do tamanho corporal e do peso; o subjetivo, referente à satisfação com a aparência, juntamente com a ansiedade e a preocupação relacionados a ela; e o comportamental, que consiste em situações evitadas devido ao desconforto causado pela aparência corporal (SAIKLI et al, 2004).

Distorcer a percepção corporal subestimando ou superestimando o peso, é muito mais comum em adolescentes e mulheres, influenciados por fatores sociais, socioculturais e pela mídia por meio de modelos e atrizes extremamente magras, causando a busca pelo padrão corporal considerado como ideal, associando-o à felicidade. Essa incessante procura pela edificação e aquisição de um corpo ideal revela nos indivíduos a insatisfação com a imagem corporal (CONTI, FRUTOSO, GAMBARDELLA, 2005).

A sociedade, valorizando a atratividade e a magreza, faz da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada (DUNKER, 2003). O medo da obesidade faz com que as mulheres controlem neuroticamente o peso corporal, por meio de dietas extremamente restritas, exercitem-se de maneira exaustiva e ainda façam uso de laxantes, diuréticos e drogas anoréxígenas (FIATES, 2001). No entanto, indivíduos do sexo masculino também podem apresentar imagens corporais distorcidas. Estudos mostram que o nível de insatisfação dos homens em relação a seus corpos vem crescendo nos últimos anos (CHOI, 2002). A insatisfação corporal está comumente associada a distúrbios alimentares como a bulimia, a anorexia e a vigorexia, tanto em homens quanto em mulheres (SAIKLI et al, 2004).

A imagem corporal descreve uma ilustração, criada na mente do indivíduo, das suas estruturas corporais de forma multidimensional, envolvendo tamanho, imagem e forma do corpo, além de sentimentos relacionados a essas características e partes que o constituem. Estas

abrangem processos fisiológicos, psicológicos e sociais, tendo que haver um intercâmbio contínuo entre eles. Sua formação pode ser influenciada pelo sexo, idade, pelos meios de comunicação, bem como por uma relação entre processos cognitivos, como crenças, valores e atitudes provenientes de sua cultura. Além disto, envolve fatores emocionais, de atitude e perceptuais (ALMEIDA, 2005).

Segundo Barros (2005), a imagem corporal depende de reações fisiológicas e emocionais, sendo construídas a partir de trocas entre as pessoas e o mundo a sua volta. Estas imagens são multifacetadas, influenciadas pela sociedade e não são fixas. Além disso, influenciam nosso comportamento e relações pessoais.

Um fator importante para o desenvolvimento de TAs é a distorção da imagem corporal; a auto-avaliação desta pode ocorrer de três formas: o indivíduo pensa em extremos relacionados a sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos da sociedade; quando o indivíduo se concentra em um aspecto de sua aparência (SAIKLI et al, 2004).

Um dos principais fatores causais de insatisfação corporal é a imposição, pela mídia e pela sociedade, de um padrão corporal considerado o ideal ao qual associam o sucesso e a felicidade (CONTI, FRUTOSO, GAMBARDELLA, 2005).

Saikali et al (2004) relatam que modelos, atrizes e outros ícones femininos, por exemplo, têm corpos cada vez mais extremos e difíceis de alcançar pela grande maioria da população.

Em estudo realizado por Becker et al (2002) avaliou-se o impacto da exposição de adolescentes do sexo feminino e conseqüentes atitudes e comportamentos alimentares destes indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, sendo que nestes três anos houve exposição das participantes do estudo à televisão. Os resultados apontaram que após a segunda etapa os indicadores de TAs foram de prevalência mais significativa, demonstrando um maior interesse em perda de peso por parte da amostra, o que sugere um impacto negativo da mídia.

Um outro estudo citado por Conti, Frutuoso e Gambardella (2005), com adolescentes de 10 a 14 anos de idade, constatou os efeitos negativos das campanhas publicitárias em revistas de moda. Por meio da comparação dos atrativos físicos das próprias adolescentes com os modelos dos anúncios, demonstrou-se que elas são mais vulneráveis ao desenvolvimento e reforço da insatisfação corporal.

A sociedade pode ser um modelo de preocupações com as medidas corporais, dietas excessivas e comportamentos inadequados para controle de peso (SAIKLI et al, 2004).

Com isto, a cultura ocidental faz da mulher magra um símbolo de competência, sucesso, controle e atrativos sexuais, enquanto que o excesso de peso e a obesidade representam preguiça, indulgência pessoal, falta de auto-controle e força de vontade (CONTI, FRUTOSO, GAMBARDELLA, 2005).

Mudanças corporais com relação à forma, tamanho e aparência são comuns em todas as sociedades e têm uma importante função social (SAIKLI et al, 2004). Estas expressam onde este indivíduo está inserido na sociedade e podem ainda demonstrar mudanças no status social (CONTI, FRUTOSO, GAMBARDELLA, 2005).

O indivíduo só é aceito ao estar de acordo com os padrões do grupo. Logo, pessoas não atraentes são discriminadas e não recebem tanto suporte em seu desenvolvimento quanto os sujeitos reconhecidos como atraentes, chegando mesmo a serem rejeitados. Isto pode dificultar o desenvolvimento de habilidades sociais e de uma auto-estima (SAIKLI et al, 2004).

Os praticantes de atividade física, tendem a buscar uma melhora da aparência física, sendo um fenômeno sociocultural, às vezes mais significativo do que a própria satisfação econômica, afetiva ou profissional. Os principais motivos pelos quais pessoas iniciem programas de atividade física, são a insatisfação com o próprio corpo ou mesmo pela imagem que se tem dele e pela valorização exacerbada de baixos níveis de gordura corporal (DAMASCENO, 2005).

Estudo realizado por Braggion (2002), avaliou mulheres com média de 65,8 anos de idade, praticantes de atividade física. O método utilizado foi uma escala de 9 silhuetas para verificar a satisfação com a aparência corporal. Diagnosticou-se que, entre as mulheres a maioria (71,7%) estavam insatisfeitas com a aparência corporal.

De acordo com Rutzstein et al. (2004), uma extensa literatura tem tratado de temas relacionados com a insatisfação feminina em relação à imagem corporal e são poucos os estudos que abordam este mesmo tema em homens. A maioria das investigações tratou da insatisfação da imagem corporal na população masculina que apresentava transtornos alimentares, mas nos últimos anos tem crescido o interesse principalmente em relação ao abuso de anabolizantes.

No estudo de Pope, Phillips e Olivardia (2000), que envolveu 548 homens, 43% (quase a metade) se manifestaram insatisfeitos com sua aparência geral, 63% estavam insatisfeitos com o abdômen ou o peso (52%), 55% estavam insatisfeitos com seu tônus muscular e 38% com o tórax. Além de estarem insatisfeitos ou preocupados com sua imagem corporal, estes homens podem apresentar uma imagem corporal distorcida, percebendo-se diferentes, geralmente piores do que realmente são, podendo apresentar menor autoestima e mais tendências depressivas do que os homens satisfeitos com seus corpos.

Damasceno, et al, 2005, quantificou em seu estudo, o tipo físico ideal e verificou o nível de insatisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. Participaram deste estudo 186 pessoas, sendo 87 mulheres e 98 homens. Os resultados apontaram que as mulheres tendem a escolher silhuetas menores que a atual, e no caso dos homens, verificou-se a tendência desejar possuir um corpo com maior massa muscular e menor quantidade de gordura corporal, assim como relatado no estudo de Araújo e Araújo (2003).

Assunção, Cordás e Araújo (2002), analisaram métodos para perda e/ou controle de peso, com ênfase na atividade física, em indivíduos com AN e BN. Os resultados mostraram que indivíduos com TA e maior prática de exercício, sentem-se mais insatisfeitos com o corpo que aqueles sem atividade física. A amostra estudada utilizava métodos para controle de peso, como uso de laxantes, diuréticos, anfetaminas e indução de vômito.

Segundo Pereira Junior e colaboradores (2013), essa insatisfação está associada ao medo do desprezo da sociedade, junto com ao discurso que relaciona a saúde a aparência física, subentendendo que o corpo saudável seja obrigatoriamente um corpo belo.

Neste sentido, as academias tornam se um meio para construção de uma imagem estética satisfatória e desejada, por meio de uma prática árdua e contínua de exercícios (Estevão, Bagrichevsky, 2004).

Muitos jovens na atualidade procuram as academias, não apenas em busca de um corpo saudável e de qualidade de vida, mas também pela influência da mídia e redes sociais, que impõem padrões estéticos estereotipados; o que pode ocasionar um problema em relação à percepção corporal de jovens, que, na busca dos ditos “corpos perfeitos”, podem estar distorcendo sua real imagem corporal.

3 OBJETIVOS

Geral:

Estimar a prevalência de risco para transtorno alimentar e nível de insatisfação com a imagem corporal nas mulheres praticantes de atividade física.

Específicos:

1. Relacionar a prevalência de transtornos alimentares e de imagem corporal em diferentes grupos de mulheres praticantes de atividade física segundo a quantidade, intensidade e exigência do exercício: Grupo 1: atletas de alto rendimento; Grupo 2: praticantes de atividade física regular; Grupo 3: praticantes de atividade física não regular(eventual).
2. Comparar os dados com outros estudos científicos.
3. Descobrir sinais e indícios de transtornos alimentares e de imagem corporal nos participantes da pesquisa.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, analítico com amostra do tipo conveniência, realizado com praticantes de atividade física, atletas e não atletas, em Aracaju-Sergipe, no período de julho a setembro de 2019, a partir da aplicação de dois questionários online, via Google Forms, validados internacionalmente, aos praticantes e esportistas, mediante aceite prévio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos entre 18 e 29 anos.

O questionário do Google Forms foi configurado para prosseguir somente se, obrigatoriamente, o voluntário da pesquisa marcar a opção “a” em que leu e aceita os termos constantes no TCLE online. Caso ele marque a opção “b”, em que não aceita os termos, ao clicar em “prosseguir”, o formulário permanece na primeira sessão.

Os dois questionários autoaplicáveis são Eating Attitudes Test (EAT-26) e o Body Shape Questionary (BSQ). O primeiro instrumento é o EAT-26, mais conhecido no Brasil como Teste de Atitudes Alimentares, com 26 perguntas simples com escala de 6 marcações objetivas de Sempre a Nunca (sempre = 3, muitas vezes = 2, frequentemente = 1, poucas vezes = 0, quase nunca = 0 e nunca = 0). A única questão que apresenta pontuação em ordem invertida é a 25. A pontuação é feita pela soma dos itens, e escore igual ou maior que 21 indica comportamento alimentar de risco para TA. O EAT-26 auxilia na triagem de possíveis doentes com transtorno alimentar.

O segundo instrumento utilizado é o BSQ, Questionário de Imagem Corporal, elaborado por Cooper e colaboradores (1987) e adaptado por Di Pietro (2001) para uso no Brasil. O questionário mede o grau de insatisfação com a imagem corporal e a autodesvalorização devida à aparência física. Esse questionário distingue dois aspectos pertinentes da imagem corporal: a forma exata do julgamento do tamanho corporal e os sentimentos relacionados a esse corpo (satisfação, insatisfação e depreciação da forma física). O instrumento consiste de 34 perguntas simples, com 6 opções de resposta: 1) nunca, 2) raramente, 3) às vezes, 4) frequentemente, 5) muito frequente, 6) sempre. De acordo com a marcação da resposta, de como as pessoas se sentem em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: sempre equivale a 6 pontos). A classificação é feita pelo total dos pontos obtidos e retrata os níveis de insatisfação com a imagem corporal. Resultados menores

que 80 pontos são constatados como um padrão de normalidade (livres de insatisfação corporal); resultados entre 80 e 110 são classificados como insatisfação leve; entre 111 e 140 são classificados como insatisfação moderada; já valores acima de 140 são classificados como presença de insatisfação grave.

Caso haja descoberta de praticantes de atividade física com indícios de transtorno alimentar, essas serão instruídas e encaminhadas ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 122 mulheres praticantes de atividade física. A média de idade foi de 23 anos. Das participantes, 19,68 % (n= 24) eram atletas de alto rendimento, compondo o grupo 1, e informaram treinar de forma intensa com o objetivo de competir; 40,16% (n=49) faziam exercício físico (academia ou esporte) de forma regular entre 3 a 6 vezes por semana com o objetivo principal de se manter saudável ou de recreação; alegou ainda ter se exercitado em todas as últimas 4 semanas anteriores à pesquisa, formando o grupo 2. E o terceiro e último grupo, compondo 40,16% (n=49), alegaram se exercitar de forma eventual, podendo chegar a passar em torno de 1 semana sem exercício.

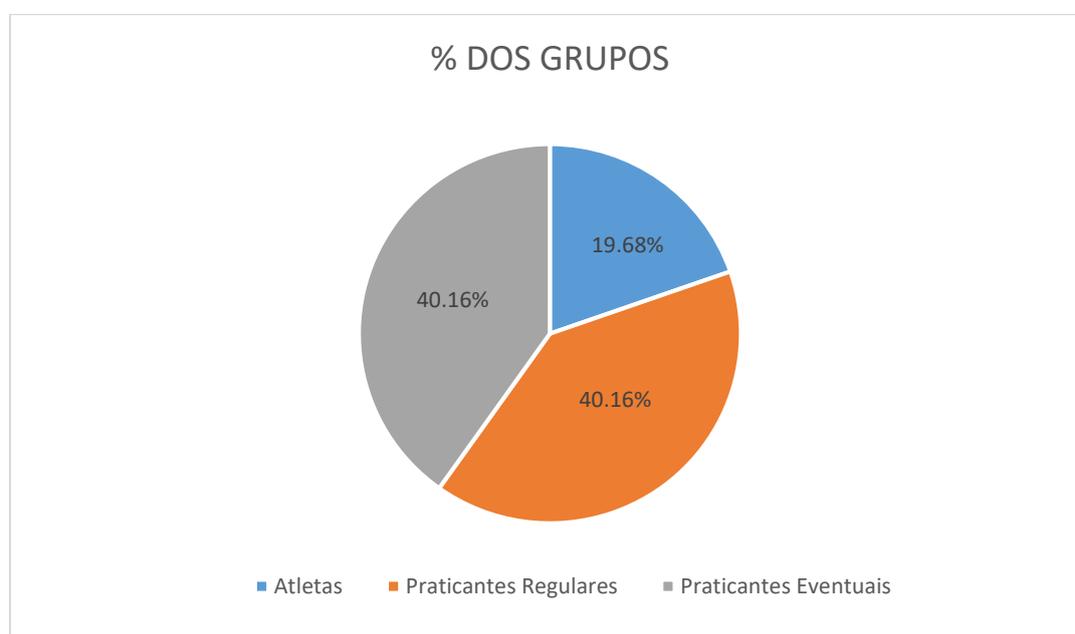


Gráfico 1. Porcentagem dos grupos participantes da pesquisa.

Em relação ao resultado geral, o EAT-26 demonstrou que 32,7% das praticantes de atividade física participantes da pesquisa têm comportamento alimentar de risco para transtorno alimentar (score maior ou igual a 21), positivando em 40 das 122 participantes. Segundo Boguetti et al, 2002, apesar de não haver classificação para os scores, quanto maior o nível do score, maior o risco de TA (das 40, 31 participantes tiveram score entre 21-31, 6 entre 31-41, 1 entre 41-51 e 2 entre 51-61).

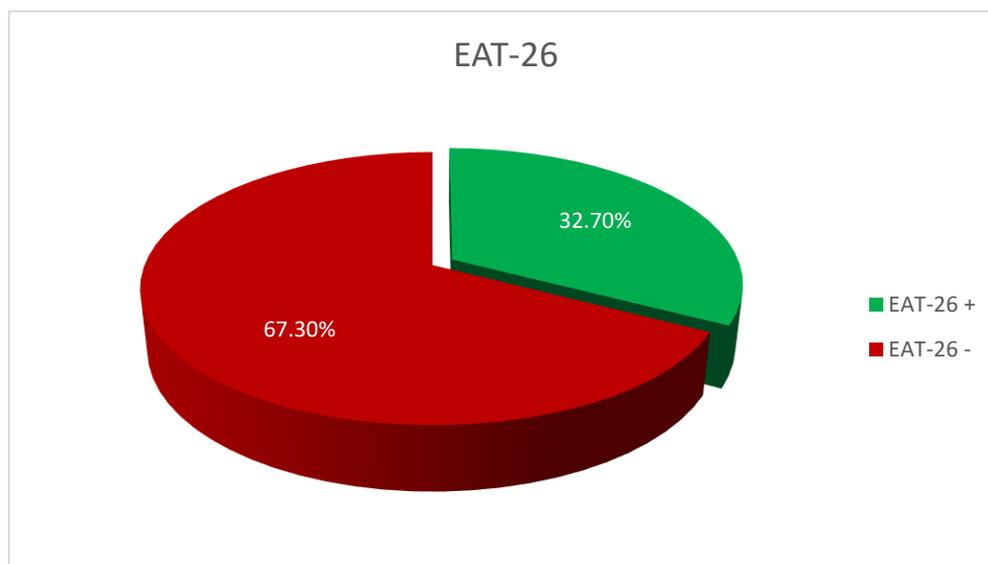


Gráfico 2. Resultado do EAT-26.

Para os resultados do BSQ, a pesquisa apontou que 55,7% (n=68) das praticantes entrevistadas são insatisfeitas com sua imagem corporal. A tabela 1 demonstra os percentis dos níveis de insatisfação corporal entre as praticantes de atividade física.

Tabela 1. Resultado geral do Body Shape Questionnaire(BSQ), Aracaju, 2019.

| Nível de insatisfação | N | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Livre de insatisfação | 54 | 44,3 |
| Insatisfação leve | 25 | 20,5 |
| Insatisfação moderada | 19 | 15,5 |
| Insatisfação grave | 24 | 19,7 |
| | 122 | 100 |

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

Com o objetivo de comparar os diferentes grupos (atletas, praticantes regulares e praticantes eventuais de atividade física) quanto ao nível de risco para transtorno alimentar e quanto ao nível de insatisfação corporal convencionou-se calcular a média dos scores dos dois testes dos participantes das pesquisas. A média de scores no EAT-26, que avalia o risco para transtorno alimentar e no BSQ, que avalia o nível de insatisfação corporal, constam na Tabela 2, com seus respectivos desvios padrões, bem como no Gráfico 3 e 4.

Tabela 2. Média dos scores do EAT-26 e BSQ e seus desvios padrões.

| | Atletas | Praticantes Regulares | Praticantes Eventuais |
|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| EAT-26 | 19,83 ±12.21 | 17,22 ±10.16 | 14,38 ±8.36 |
| BSQ | 88,08 ±43.18 | 92,91 ±39.14 | 106,67 ±43.4 |

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

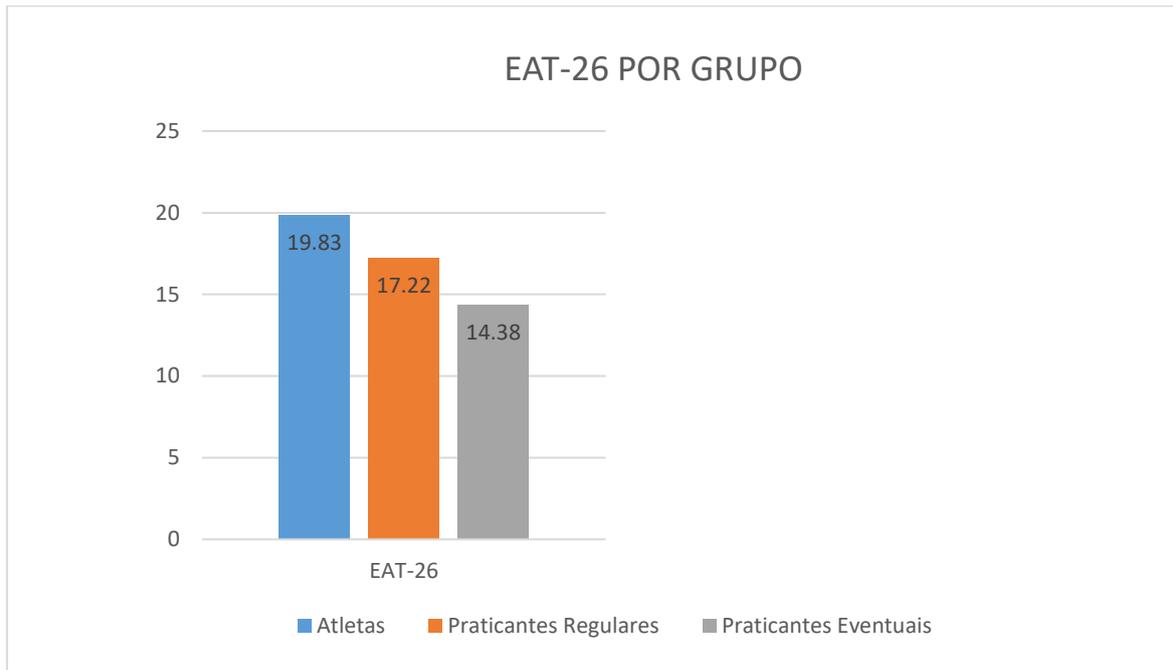


Gráfico 3. Média de Score no EAT-26 por grupo.

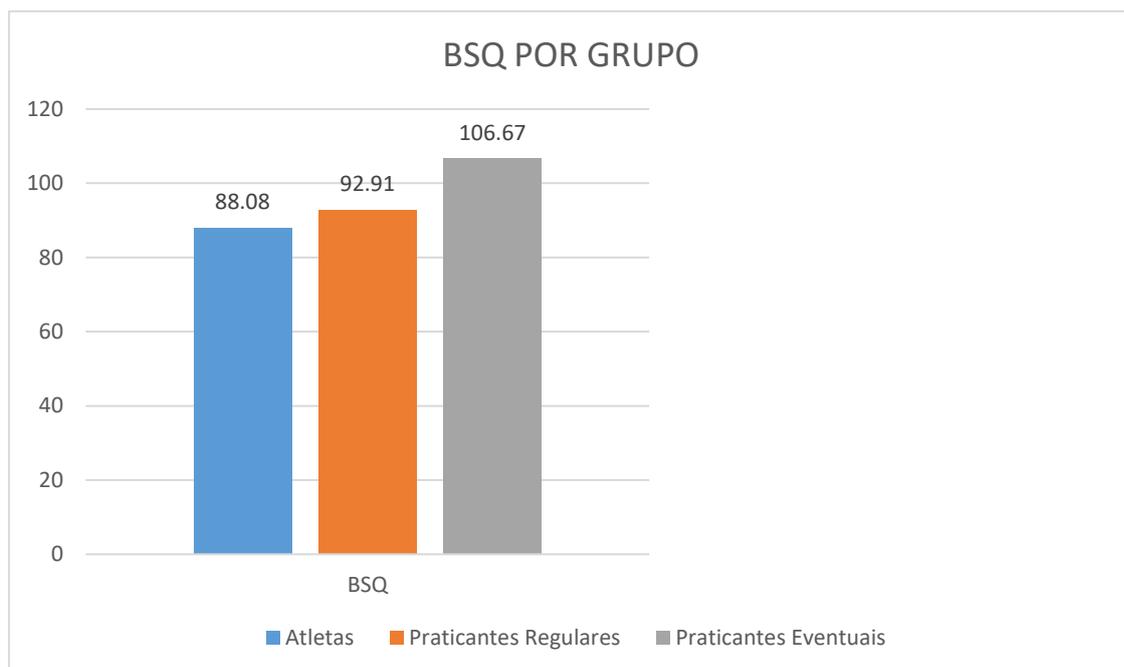


Gráfico 4. Média de pontos no BSQ por grupo.

Todas as 5 atletas da modalidade Fisiculturismo apresentaram scores do EAT-26 maiores que o ponto de corte (22, 25, 28, 45 e 53 – média: 34,6). Além disso, as fisiculturistas apresentaram pontuação no BSQ excessivamente alta (média: 117,6), oposta à média dos outros atletas (média 88,08). Modalidade que mais ou menos apresentaram riscos de TAs ou insatisfação corporal não têm valor científico nesta pesquisa, já que em muitas modalidades tivemos apenas uma única resposta de questionário.

Dentre as restrições do estudo, podemos citar que pacientes com TAs tendem a esconder e negar sua condição, o que pode, ou não, ter influenciado principalmente no número de altos escores do EAT-26. Além disso, não foram avaliados dados demográficos e, por se tratar de questionário online, não foi medido índice de massa corporal (IMC), que poderia contribuir sobremaneira no estudo.

6 CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que as atletas de alto rendimento são o grupo de maior comportamento de risco para transtorno alimentar entre as praticantes de atividade física e, em contrapartida, são as menos insatisfeitas com a própria imagem corporal entre essas. Já as praticantes de atividade física eventual são as de menor comportamento de risco para transtorno alimentar entre essas e as mais insatisfeitas com a própria imagem corporal. As praticantes de atividade física regular se mantiveram na média do estudo. Estes dados confirmam a tendência dos estudos da literatura sobre o assunto.

Outrossim, o fato de todas as atletas da modalidade fisiculturismo apresentarem scores do EAT-26 maiores que o ponto de corte pode confirmar dados da literatura da maior propensão de TAs em atividades que envolvem não só rendimento físico, mas estética corporal. Além disso, a pontuação do BSQ apresentada por elas, excessivamente alta (oposta à média dos outros atletas), pode não só indicar insatisfação corporal, mas distorção da imagem corporal.

Esta pesquisa não nos quer fazer pensar numa ação orgânica da atividade física influenciando na prevalência de transtorno alimentar. Pelo contrário, a atividade física, com orientação, e feita de forma correta, tem função positiva nesses pacientes. A grande questão aqui é um fator psíquico que leva esse indivíduo com transtorno alimentar a procurar a atividade física cada vez mais exaustiva, além do número de fatores do meio em que esse indivíduo está exposto – pressão por rendimento, modernidade, ação da mídia, padrões sociais – e a importância dessa discussão na sociedade em que vivemos hoje.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA GAN, Santos JE, Pasian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 2005; 10 (1); 27-35.

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Tradução Joaquim José Moura Ramos. Lisboa: Presença; São Paulo: Martins Fontes, 1970

ALVARENGA MS, Philippi, ST. Perfil do consumo alimentar em pacientes com bulimia nervosa em São Paulo. *Nutrição Brasil*. 2002; 1 (4); 204-211.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)**, American Psychiatric Association, Arlington, 2000

ANDRADE, L.; et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**. [S. l.], v. 12, n. 1, p. 03-21, 2003

ARAÚJO DSMS, Araújo CGS. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. *Arq. Bras. Cardiol*. 2003; 80 (3) 243-249.

ASSUNÇÃO SSM, Cordás TA, Araújo LASB. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev. de Psiqu. Clín.* 2002; 29; 4-13.

ASSUNÇÃO SSM. Dismorfia Muscular. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002; 24 (supl. III); 80-84.

ASSUNÇÃO SSM. Exercício físico e transtornos alimentares [Tese]. Universidade de São Paulo. 2003.

BARROS DD. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. Hist. Cienc. Saúde- Manguinhos. 2005; 12 (2); 547-554.

BECKER AE, Burwell RA, Herzog DB, Hamburg P, Gilman SE. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatry. 2002; 180; 509-514.

BEZCHLIBNYK-BUTLER, K. Z.; JEFFRIES J. J. **Clinical handbook of psychotropic drugs**. 9. ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 1999

BRAGGION GF. Satisfação com a aparência corporal, nível de atividade física, valor calórico da dieta e estado nutricional de mulheres com 50 anos e mais de acordo com o grupo etário [Tese]. Universidade de São Paulo. 2002.

BROMET E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, 2011

BRUNET M. Female athlete triad. Clin Sports Méd. 24 (3); 623-636.

CHISHOLM, D.; SWEENEY, K.; SHEEHAN P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**. [S. l.], v. 3, n. 5, p. 415-24, may 2016

CHOI PYL, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. Br J Sports Med. 2002; 36; 375-376

CONTI MA, Frutuoso MFP, Gambardella, AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev. de Nutr.* 2005; 18 (4); 491-497.

CORDÁS TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clín.* 2004; 31 (4); 154-157.

COYNE, J. C.; SCHWENK, T. L. The relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations. *J Consult Clin Psychol.* [S. l.], v. 65, n. 1, p. 161-168, 1997

CUIJPERS, Pim et al. Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, [S. l.], v. 70, n. 9, p.1219-1229, 15 set. 2009a

CUIJPERS, Pim et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression And Anxiety*, [S. l.], v. 26, n. 3, p.279-288, mar. 2009b.

DAMASCENO VO, LIMA JRP, Jeferson MV, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2005; 11 (3); 181-186.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.21, p. 06-11, maio. 1999

DEPRESSION and other common mental disorders. *Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. 2017

DUCHESNE M, Matos P, Fontenelle LF, Veiga H, Rizo L, Appolinario JC. Neuropsicologia dos Transtornos Alimentares: revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26 (2); 107-117.

DUNKER KLL, Philippi SP. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.* 2003; 16 (1); 51-60.

ESTEVES, F.C.; GALVAN, A.L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012>. Acesso em: 02 maio 2018

FIATES GM, Salles KK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.* 2001; 14 (Supl.); 3-6

FREITAS S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 (supl. III); 34-38.

HEBEBRAND J, Exner C, Hebebrand K, Holtkamp C, Casper RC, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B, Klingenspor M. Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiol Behav.* 2003; 79 (1); 25-37.

JENKINS R., MELTZER H. The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** [S. l.], v. 30, n. 1, p. 01-04, 1995

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 40, n. 3, p.93-96, mar. 2013

LEONE JE, SEDORY EJ, Gray KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train.* 2005; 40 (4) 352-359.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.01-05, maio 1999

MASON P., WILKONSON G. The prevalence of psychiatric morbidity: OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. **Br J Psychiatry**. [S. l.], v. 168, n. 1, p. 01-03, 1996

MELIN P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 (supl. III); 73-76.

MOREIRA, Antonia Viviane Rodrigues et al. **Depressão: um transtorno de humor**. [2017]. Disponível em: <http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/poster/Rivonilda_poster.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 21, n. 1, p.24-40, maio 1999

MORGAN CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24 (Supl. III); 18-23.

OLIVEIRA FP, Bosi MLM, Vigário PS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2003; 9 (6); 348-356.

PRINCE, M.; PATEL V.; SAXENA S. et al. No health without mental health. **The Lancet**. [S.l.], v. 370, n. 9590, p. 859-77, 2007

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016

ROBBINS, N.; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic Catchment Area study**. Library of Congress Cataloging-in- Publication Data. New York, 1991

SAIKALI CJ, Soubilla CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. de Psiq. Clín.* 2004; 31(4); 164-166.

SCHESTATSKY, Sidnei; FLECK, Marcelo. Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 21, n. 1, p.41-47, maio 1999

SERRANO, Alan Índio. et al. **Síndromes depressivas: Protocolo de acolhimento na linha de cuidado.** Disponível em:
<[http://portales.saude.sc.gov.br/phocadownload/Regulacao/protocolos/19%20S%C3%ADndromes%20depressivas%20\(acolhimento\).pdf](http://portales.saude.sc.gov.br/phocadownload/Regulacao/protocolos/19%20S%C3%ADndromes%20depressivas%20(acolhimento).pdf)>. Acesso em: 05 maio 2018

SERSON, Breno. Integrando farmacoterapia à psicoterapia e a medidas gerais no tratamento dos quadros ansioso-depressivos. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, dez. 2007.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.18-23, maio 1999

SUNDGOT BJ, Torstveit MK, Skarderud F. Eating disorders among athletes. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2004; 124 (16): 2126-2129.

TORSTVEIT MK, Sundgot BJ. The female athlete triad exists in both elite and controls. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2005; 37 (9); 1449-1459.

VALE, João Joaquim Alves Ribeiro Barreiros do. **“Medicamentos antidepressivos- perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas: Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação.** 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Farmacêuticas, Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013

VEGGI AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26 (4); 242-247.

VILLARDI TCC, Ribeiro BG, Soares EA. Distúrbios Nutricionais em Atletas Femininas e Suas Inter-Relações. *Revista de Nutrição*. 2001; 14; 61-69.

WALDROP J. Early identification and interventions for female athlete triad. *J. Pediatr. Health Care*. 2005; 19 (4); 213-220.

WEISSMAN, M. M. *et al.* **Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder**. *JAMA* 1996

WELLS, Barbara G. *et al.* **Pharmacotherapy Handbook**. 7. ed. [s.l]: Mcgraw Hill, [20--]. Disponível em: <http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/Pharmacotherapy_Handbook_7th_Edition.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018. **Citação com autor incluído no texto:** Wells et al. ([20--])

WHITEFORD HA, BAXTER AJ. The global burden of disease 2010 study: what does it tell us about mental disorders in Latin America?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v 35, n. 2, p. 111-2, 2013

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa como uma colaboradora, autorizando à Universidade Federal de Sergipe (UFS), por intermédio do acadêmico Felipe Pinheiro Santana, devidamente assistido por seu orientador Professor Dr. Halley Ferraro Oliveira, a desenvolverem a pesquisa intitulada “A Prática de Exercícios Físicos e sua Relação com Transtornos Alimentares e de Imagem Corporal”.

Esta pesquisa está sendo realizada como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), um dos pré-requisitos para obtenção do título de médico pela UFS, com o objetivo primário de determinar a relação entre o nível de atividade física e a propensão a transtorno alimentar e de imagem corporal nos 3 diferentes grupos: Grupo 1. Atletas de alto rendimento, Grupo 2. Praticantes regulares de atividade física (academia ou esporte amador) e Grupo 3. Praticantes eventuais de atividade física. Os objetivos secundários serão: 1. Estimar a prevalência geral de transtorno alimentar e de imagem corporal nas praticantes de atividade física. 2. Traçar o perfil sociodemográfico da população estudada, o quanto possível. 3. Descobrir sinais e indícios de transtornos alimentares e de imagem corporal nas participantes da pesquisa.

As voluntárias serão abordadas via questionário online, produzido no Google Forms, podendo estar em qualquer local do Brasil. As respondentes participarão da amostra da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão, se maior de 18 anos, e aceitando os termos deste TCLE.

A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Por tratar-se de uma pesquisa em que a participante se colocará disponível a responder o instrumento do estudo, há a possibilidade de se sentir constrangida mediante alguma questão. Assim, a voluntária fica devidamente informada dos riscos acima descritos e de que tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando em nenhum dano ou prejuízo ao voluntário.

Esta pesquisa trará um benefício direto para aquela participante que desejar conhecer-se mais, podendo obter ajuda médica e psicoterápica, se assim se manifestar a favor. Porém, não há benefício material ou financeiro para a participante. Espera-se que os dados oriundos possam fornecer subsídios que facilitem o melhor entendimento da relação entre a atividade física e os transtornos alimentares, além do estudo sobre o nível de insatisfação com a imagem corporal.

Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília–DF.

Contatos dos pesquisadores responsáveis:

Felipe Pinheiro Santana, felippinheiros@gmail.com, (79) 9-9169-9019

Halley Ferraro Oliveira, halleyoliveira@yahoo.com.br, (79) 9-9924-2577

Os participantes têm a garantia que receberão respostas a quaisquer perguntas e esclarecimentos de dúvidas quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém, ao aceitar os termos contidos neste TCLE, os voluntários permitem que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

APÊNDICE B – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EATING ATTITUDES TEST – EAT-26)

As respostas foram dadas via Questionário Google Forms, com as seguintes opções: NUNCA, QUASE NUNCA, POUCAS VEZES, ÀS VEZES, MUITAS VEZES E SEMPRE.

- 1) Fico apavorada com a ideia de estar engordando.
- 2) Evito comer quando estou com fome.
- 3) Sinto-me preocupada com comida (os alimentos).
- 4) Como de forma compulsiva, onde sinto que não sou capaz de parar.
- 5) Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.
- 6) Presto atenção na quantidade de calorias dos alimentos que eu como.
- 7) Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (açúcar, pão, arroz, etc).
- 8) Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.
- 9) Vomito depois de comer.
- 10) Sinto-me extremamente culpada depois de comer.
- 11) Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.
- 12) Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.
- 13) As pessoas me acham muito magra.
- 14) Preocupo-me com a ideia de haver gordura no meu corpo.
- 15) Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.
- 16) Evito comer alimentos que contenham açúcar.
- 17) Costumo comer alimentos dietéticos.
- 18) Sinto que os alimentos controlam minha vida.
- 19) Demonstro autocontrole diante dos alimentos.
- 20) Sinto que os outros me pressionam para comer.
- 21) Passo muito tempo pensando em comer.
- 22) Sinto desconforto após comer doces.
- 23) Faço regimes para emagrecer.
- 24) Gosto de sentir meu estômago vazio.
- 25) Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.
- 26) Sinto vontade de vomitar após as refeições.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM CORPORAL (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – BSQ)

As respostas foram dadas via Questionário Google Forms, com as seguintes opções: NUNCA, RARAMENTE, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE, MUITO FREQUENTEMENTE E SEMPRE.

Como você se sente em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas:

- 1) Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?
- 2) Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?
- 3) Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?
- 4) Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?
- 5) Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?
- 6) Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir alguma grande refeição) faz você se sentir gorda?
- 7) Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?
- 8) Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?
- 9) Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?
- 10) Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?
- 11) Você já se sentiu gorda mesmo comendo uma quantidade menor de comida?
- 12) Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?
- 13) Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste televisão, lê ou conversa)?
- 14) Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?
- 15) Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?
- 16) Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?
- 17) Comer doce, bolo ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?
- 18) Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas, por sentir-se mal em relação ao seu físico)?

- 19) Você se sente excessivamente grande e arredondada?
- 20) Você já teve vergonha do seu corpo?
- 21) A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?
- 22) Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?
- 23) Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?
- 24) Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou na barriga?
- 25) Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?
- 26) Você já vomitou para se sentir mais magra?
- 27) Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de um ônibus)?
- 28) Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?
- 29) Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?
- 30) Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?
- 31) Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?
- 32) Você toma laxantes para se sentir magra?
- 33) Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?
- 34) A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?