

**JOVENS COM COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: VARIÁVEIS
CULTURAIS E PSICOLÓGICAS**

Leticia Langlois Oliveira

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia
sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Hutz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, junho de 2009

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a dois anjos da guarda, que são responsáveis por eu ter me tornado uma pessoa íntegra e feliz. Ao meu pai, Fernando, que poucas vezes falou alto comigo, mesmo quando eu merecia. Me educou através de exemplos de generosidade, doação e alegria. À minha mãe, Gladis, por ser minha fortaleza, por seu sorriso tranquilizador e por ter me apoiado incondicionalmente durante toda a minha vida.

Ao Kiko, que com seu olhar firme e ao mesmo tempo doce me faz uma pessoa melhor e muito mais feliz. Mais que um namorado, um exemplo...

Ao meu orientador, Dr. Cláudio Hutz, pela oportunidade de estar aqui há sete anos e por ter me permitido ir adiante com minhas idéias, mesmo que parecessem de difícil realização.

Às professoras integrantes da banca, Dra. Caroline Reppold, Dra. Débora Dell’Aglio e Dra. Olga Falceto, pela dedicação e interesse neste trabalho, mas principalmente pelo carinho.

À minha grande família (tanto em número quanto em amor), que com sua alegria e união tornam a vida mais bela.

A todos os meus amigos, em especial às minhas “irmãs” Carolina, Cissa, Francesca, Laura, Marília, Renata, Sílvia, Sibelie e Simone, que toleraram minhas ausências e que tornam, cada uma a sua maneira, a minha vida mais segura, bonita e engraçada.

À Carmen, vizinha e “mãe portoalegrense”, pela alegria contagiante e por todo o cuidado que tem comigo.

Aos colegas do Laboratório de Mensuração, companheiros “na alegria e na tristeza”.

Às alunas Fabiane Lorenzi, Fernanda Stenert, Patrícia Alves e à psicóloga Eugênia Oliveira, pela enorme ajuda neste trabalho, pela paciência e pelas idéias e questionamentos fundamentais.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia, pelos ensinamentos e parceria ao longo desses anos.

Às instituições e a todos os alunos que aceitaram participar deste estudo.

Aos meus pacientes, que me fazem sentir diariamente que fiz a escolha certa e que me ensinaram que a superação de conflitos é possível principalmente através do amor. Em especial à Katharina, que com uma doença grave e com pouca idade dá lições de vida, de felicidade e de luta a mim e a todos a sua volta.

“Se alguém já lhe deu a mão e não pediu
mais nada em troca, pense bem, pois é um
dia especial...

Eu sei que não é sempre que a gente
encontra alguém que faça bem e nos leve
desse temporal...

O amor é maior que tudo, do que todos ...
até a dor se vai, quando o olhar é natural...
Sonhei que as pessoas eram boas em um
mundo de amor, e acordei nesse mundo
marginal...

Mas te vejo e sinto o brilho desse olhar, que
me acalma e me traz força pra encarar
tudo...

Mas te vejo e sinto o brilho desse olhar, que
me acalma e me traz força pra encarar ...

Tudo...”

(Dia especial/Cidadão Quem)

Dedico este trabalho à Maria
Luiza, minha irmã, minha melhor
amiga e meu porto seguro.

*“Do rio que tudo arrasta se diz
violento, mas não se dizem
violentas as margens que o
oprimem”.*

B. Brecht

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	9
Lista de Figuras	10
Resumo	11
Abstract	12
Capítulo I. Introdução	13
1.1. Transtornos alimentares: considerações gerais, comportamentos de risco, evolução e quadro clínico, prevalência, histórico e critérios diagnósticos atuais	13
1.1.1. Considerações gerais	13
1.1.2. Comportamentos de risco	14
1.1.3. Evolução e quadro clínico	17
1.1.4. Prevalência	19
1.1.5. Histórico e critérios diagnósticos atuais	20
1.2. Variáveis culturais dos transtornos alimentares: aspectos regionais, socioeconômicos e raciais	25
1.2.1. Aspectos regionais	30
1.2.2. Aspectos socioeconômicos	32
1.2.3. Aspectos raciais	34
1.3. Variáveis psicológicas dos transtornos alimentares: imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo e alexitimia	39
1.3.1. Imagem corporal	42
1.3.2. Auto-estima	48
1.3.3. Bem-estar subjetivo	51
1.3.4. Alexitimia	55
1.4. Transtornos alimentares: aspectos biológicos, neuropsicológicos, genéticos e familiares	62
1.5. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares no Brasil	63

.....

Capítulo II. Estudo I: Fatores de risco culturais para o desenvolvimento dos transtornos alimentares: variáveis regionais, socioeconômicas e raciais	65
2.1. Justificativa do estudo	65
2.2. Objetivos	66
2.3. Questões de pesquisa	66
2.4. Método	67
2.4.1. Participantes e procedimentos	67
2.4.2. Instrumentos	69
2.4.3. Análise dos dados	71
2.4.4. Resultados e discussão	71
2.4.4.1. Teste das Atitudes Alimentares	71
2.4.4.2. Variáveis regionais	76
2.4.4.3. Variáveis socioeconômicas	78
2.4.4.4. Variáveis raciais	80

Capítulo III. Estudo II: Fatores de risco psicológicos para o desenvolvimento de transtornos alimentares: auto-estima, bem-estar subjetivo, satisfação com a imagem corporal e alexitimia	83
3.1. Justificativa do estudo	83
3.2. Objetivos	84
3.3. Questões de pesquisa	84
3.4. Método	84
3.4.1. Participantes e procedimentos	84
3.4.2. Instrumentos	85
3.4.3. Análise dos Dados	87
3.4.4. Resultados e discussão	88
3.4.4.1. Satisfação com a imagem corporal	88
3.4.4.2. Auto-estima	90

3.4.4.3. Bem-estar subjetivo	92
3.4.4.4. Alexitimia	94
3.4.4.5. Correlações por gênero	95
3.4.4.6. Escalas e questões explicativas do Teste das Atitudes Alimentares ...	97
Capítulo IV. Considerações finais	112
Referências	117
Anexos	144
Anexo A. Termo do Comitê de Ética em Pesquisa	144
Anexo B. Termo de concordância da instituição	145
Anexo C. Termo de consentimento livre e esclarecido	146
Anexo D. Termo de consentimento livre e esclarecido para os responsáveis ..	147
Anexo E. Teste das Atitudes Alimentares	148
Anexo F. Questionário Sociodemográfico	150
Anexo G. Escala de Auto-Estima de Rosenberg	151
Anexo H. Escalas de Afeto Positivo e Negativo e de Satisfação de Vida	153
Anexo I. Escala de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal	156
Anexo J. Escala de Alexitimia de Toronto	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares por gênero	72
Tabela 2. Médias de EAT+ no interior e capital	76
Tabela 3. Médias de EAT+ por classe social	79
Tabela 4. Médias de EAT+ por identidade racial	80
Tabela 5. Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	88
Tabela 6. Correlações de Spearman entre as escalas	89
Tabela 7. Correlações de Spearman entre as escalas por gênero	96
Tabela 8. Análise de Regressão Linear	98
Tabela 9. Análise de Regressão não Linear (Logit)	102
Tabela 10. Efeitos Marginais do Logit	103
Tabela 11. Análise de Regressão Linear	104
Tabela 12. Análise de Regressão não Linear (Logit)	107
Tabela 13. Efeitos Marginais do Logit	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares	72
---	----

RESUMO

O presente trabalho visou a investigar comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens, com ênfase em aspectos psicológicos e culturais. Para tanto, foram realizados dois estudos, dos quais participaram 593 jovens escolares e universitários da capital do Estado e de cidades do interior do Rio Grande do Sul. O Estudo I teve como objetivo relacionar esses comportamentos de risco com variáveis regionais, socioeconômicas e raciais. Foram realizadas análises de frequência, além dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Entre os resultados, 17% dos participantes apresentaram positividade no Teste das Atitudes Alimentares (EAT-26), ou seja, comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, sendo 15% dos homens e 19% das mulheres. Encontrou-se também um maior número de comportamentos de risco nos municípios do interior do Estado e entre os participantes de identidade racial não branca. Não houve diferença significativa no que se refere à classe socioeconômica. O Estudo II avaliou a satisfação com a imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo e alexitimia em jovens com comportamentos de risco para anorexia nervosa e bulimia nervosa. O teste ρ (*rho*) de Spearman foi utilizado para calcular as correlações entre o EAT-26 e os demais instrumentos. Para avaliar o efeito das escalas e dos itens sobre o EAT-26 realizaram-se análises de regressão linear múltipla e de regressão não linear. Constatou-se que indivíduos com comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentam insatisfação com a imagem corporal. As mulheres apresentam também baixa auto-estima, pouca satisfação com a vida e um alto índice de afeto negativo e alexitimia. Em relação à escolaridade verificou-se que aqueles participantes com menos anos de estudo têm mais chance de apresentar comportamentos de risco. Destaca-se também como central o resultado de que a baixa satisfação com a imagem corporal e a realização de dietas foram os fatores que mais explicaram a positividade no EAT-26, o que é preocupante já que pesquisas apontam que atualmente há uma insatisfação corporal generalizada entre a população.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; anorexia nervosa; bulimia nervosa; imagem corporal

ABSTRACT

The present thesis aimed to investigate risk behaviors for the development of eating disorders in adolescents with an emphasis on psychological and cultural aspects. Two studies were conducted with 593 participants who were students in high schools and in universities in Porto Alegre and in other cities of the state of Rio Grande do Sul. Study I had as an objective to relate these risk behaviors with regional, socio-economic and racial variables. The data were analysed with Mann-Whitney e Kruskal-Wallis tests. The results showed that 17% of the participants (15% male, 19% female) presented positivity (high scores) in the Eating Attitudes Test (EAT-26) which means that they presented risk behaviors for the development of eating disorders. The results also showed that there were less risk behaviors in the state capital as compared with other cities in the state. Also, white participants presented less risk behaviors than other participants. No significant differences were found for social class. Study II assessed satisfaction with body image, self esteem, subjective well being, and alexithimia in adolescents who presented risk behaviors for anorexia and bulimia. Spearman's ρ (*rho*) test was used to obtain correlations between the EAT-26 scores and the other variables of the study. Linear multiple regressions and non-linear regressions were calculated to determine how much of Eat-26 variance was explained by the other variables. The results showed that participants with risk behaviors for eating disorders also presented dissatisfaction with their body image. Females also presented low self esteem, low satisfaction with life, high scores for negative affects and for alexithimia. Also, it was observed that risk behaviors were higher among participants with less years of study. Low satisfaction with body image and dieting were the factors that explained more the positivity in the EAT-26. This finding presents a problem as research has been showing generalized body dissatisfaction.

Key words: eating disorders; anorexia; bulimia; body image

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens, com ênfase em aspectos psicológicos e culturais. Para tanto, foram realizados dois estudos que visaram a relacionar esses comportamentos com variáveis regionais, socioeconômicas e raciais, satisfação com a imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo e alexitimia.

1.1. Transtornos alimentares: considerações gerais, comportamentos de risco, evolução e quadro clínico, prevalência, histórico e critérios diagnósticos atuais.

1.1.1. Considerações gerais

Os transtornos alimentares são quadros caracterizados por aspectos como o medo mórbido de engordar, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos (Buckroyd, 2000). São patologias graves e de prognóstico reservado (American Psychiatric Association, 2003), que levam a limitações físicas, emocionais e sociais (Abreu, 2002) trazendo aos pacientes grandes prejuízos biopsicossociais, risco de suicídio 50 vezes maior que na população geral (Birmingham et al., 2005) e elevados índices de letalidade (Berkman et al., 2006; Doyle & Briant-Waugh, 2000).

A anorexia nervosa tem sido definida como uma patologia do comportamento alimentar caracterizada por limitações dietéticas auto-impostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada perda de peso auto-induzida e mantida pelo paciente associada a um temor intenso de ganhar peso (Thiel & Mello, 2005). Atualmente este transtorno é

uma das maiores causas de mortes por doenças psiquiátricas em jovens (Strober et al., 2000).

Já a bulimia nervosa é uma síndrome caracterizada por alternar períodos de restrição alimentar com episódios de ingestões de grande quantidade de alimento, associadas a uma sensação de perda de controle (Hay, 2002). Estes episódios – em que são consumidas entre 3.000 e 4.000 Kcal, com relatos de casos até 20.000 Kcal –, são acompanhados de estratégias compensatórias inadequadas para que o controle de peso seja mantido. Entre as mais freqüentes estão os comportamentos de purgação (vômitos auto-induzidos, utilização de inibidores de apetite, diuréticos e laxantes), as dietas e atividades físicas rigorosas (Abreu & Cangelli Filho, 2005).

1.1.2. Comportamentos de risco

Estima-se que o risco de desenvolver um transtorno alimentar possa estar presente em 20% da população feminina jovem, por esta frequentemente apresentar comportamentos subclínicos precusores (Castro & Goldstein, 1995; Cordás & Castilho, 1994). Nesse sentido, hábitos inadequados de vida podem levar à instalação de síndromes parciais dessas doenças (Oliveira, Bosi, Vigário & Vieira, 2003).

Uma série de comportamentos de risco é descrita pelos especialistas da área. As dietas, por exemplo, muitas vezes extremadas e comuns entre as mulheres na atualidade, são consideradas importantes fatores de risco para os transtornos alimentares (Andrade & Bosi, 2003; Field et al., 2001; Jacobi et al., 2004; O'Connor, Simmons & Cooper, 2003; Ostovich & Rozin, 2004; Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007; Weinberg, 2001). A literatura aponta possibilidade de oito a dezoito vezes maior de desenvolver um transtorno alimentar em indivíduos que estão fazendo dieta do que naqueles que se alimentam normalmente (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Destaca-se também como comportamentos de risco a utilização de medicamentos diuréticos, laxantes e anorexígenos, provocação de vômitos, atividades físicas em excesso (Andrade & Bosi, 2003; Cicco et al., 2006), não realização de duas refeições principais ao dia (Rosen, 1996) e episódios de compulsão alimentar (Johnson & Wardle, 2005; Vitolo, Bortolini & Horta, 2006).

Outros fatores como a baixa auto-estima (Crago & Shisslak, 2003), altos índices de preocupação com o peso (Donovan, Spence & Sheffield, 2006; Field et al., 2001) e insatisfação com as formas corporais (Cicco et al., 2006; Crocker, Sabiston & Forrester, 2003; Donovan, Spence & Sheffield, 2006; Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007), comorbidades psiquiátricas, problemas alimentares e gastrointestinais precoces, peso elevado, auto-avaliação negativa, crenças mágicas sobre a alimentação (Cicco et al., 2006), abuso sexual e outras experiências adversas (Jacobi et al., 2004) são considerados precursores da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

Além disso, o grupo de jovens do sexo feminino é o de maior risco para a instalação dessas patologias. Isso por que na adolescência o indivíduo é mais suscetível às exigências sociais do corpo magro (Cicco et al., 2006; Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001). Atualmente as preocupações com dietas, peso e forma física são comuns entre pré-adolescentes e adolescentes (Field et al., 2001) e especialmente as meninas tendem a realizar uma auto-avaliação basicamente em termos de forma e de peso (O'Connor, Simmons & Cooper, 2003).

Assim, comportamentos inadequados em relação ao peso e à alimentação são freqüentes nas meninas e esses sintomas alimentares e métodos de controle de peso inadequados podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Johnson & Wardle, 2005; Nunes et al., 2003). Ao invés de uma busca saudável pelo peso desejado, como através da realização de atividade física regular e supervisionada e de uma alimentação balanceada, os jovens buscam métodos mágicos e inadequados. Por exemplo, em uma investigação realizada na cidade de Pelotas, RS, com adolescentes entre 15 e 18 anos, foi encontrada uma prevalência de sedentarismo de 54,5% nas meninas (Oehlschlaeger et al., 2004).

Especialmente em relação às práticas inadequadas de controle de peso entre adolescentes, os dados são preocupantes. Nunes et al. (2003) realizaram uma comparação entre um grupo de mulheres que relataram comportamento alimentar anormal em 1997 (primeira fase do estudo) com outro grupo com padrões normais de alimentação. A autora, concluiu, na fase final do estudo, que o grupo com comportamento alimentar anormal apresentava 13 vezes mais chance de desenvolver um transtorno alimentar do que o grupo controle.

Outra pesquisa que teve como objetivo investigar práticas alimentares e possíveis fatores de risco associados a transtornos alimentares foi realizado com 191 estudantes do sexo feminino de Educação Física em uma Universidade pública do município do Rio de Janeiro, RJ. Verificou-se que uma parcela significativa das participantes apresentava comportamento alimentar fora do normal e desejava perder peso. Tais resultados são preocupantes na medida em que a avaliação do índice de massa corporal associado ao comportamento alimentar demonstrava que esse desejo não correspondia ao corpo em suas dimensões objetivas, uma vez que as respondentes estavam na faixa de peso esperada (Bosi, Luiz, Uchimura & Oliveira, 2008)

A partir de narrativas de mulheres cearenses acometidas de transtornos alimentares, Souto e Ferro-Bucher (2006) buscaram identificar as motivações e os incentivos das práticas inadequadas de controle de peso. Os discursos mostram história e/ou sensação de sobrepeso/obesidade, insatisfação corporal, prática de dietas muitas vezes sem acompanhamento médico e medo mórbido de engordar. As participantes acreditavam que eram estimuladas por familiares, amigos, profissionais e pela mídia a serem insatisfeitas consigo mesmas.

Outra pesquisa, realizada no Paraná, buscou identificar sintomas de transtornos alimentares em universitárias. A amostra foi constituída por 216 estudantes de uma instituição de ensino superior privada, que responderam ao Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e ao Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE). De acordo com o EAT-26, 23,61% da amostra apresentava fatores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Em relação à bulimia nervosa, 38,42% das alunas apresentaram escores superiores ao limite da normalidade, e destas, 30,55% apresentaram comportamento alimentar não usual, indicando comportamentos de risco. Além disso, 7,87% apresentaram comportamento alimentar compulsivo, o que indica possível diagnóstico de bulimia nervosa (Fernandes, Rodrigues, Nozaki & Marcon, 2007).

Fiates e Salles (2001), que entrevistaram 221 mulheres universitárias no Estado de Santa Catarina, também encontraram resultados preocupantes. As autoras concluíram que 22,17% da amostra apresentava alterações importantes no comportamento alimentar. Já o estudo epidemiológico de Nunes (1997), com 513 mulheres entre 12 e 21 anos da região

urbana de Porto Alegre, constatou que 30,2% da amostra apresentava comportamento alimentar de risco e 11,3% apresentava comportamento alimentar anormal.

Gonçalves, Barbosa, Rosa e Magna (2008) investigaram 149 estudantes de Nutrição e 78 estudantes de Educação Física de uma Universidade particular do interior de São Paulo e observaram, através do Teste das Atitudes Alimentares (EAT- 26), que 10,3% e 14,1% dos estudantes de educação física e nutrição, respectivamente, apresentaram fatores de risco para desenvolver anorexia nervosa. Estudo semelhante foi desenvolvido por Santos, Meneguici e Mendonça (2008), com o objetivo de identificar fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias do primeiro ano dos cursos de Nutrição, Enfermagem e Ciências Biológicas. Aplicou-se o Teste das Atitudes Alimentares (EAT-26), em 142 alunas da Universidade do Estado de Minas Gerais. Foi constatado que 13,4% das estudantes apresentaram risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar e, quando se considerou o grupo das alunas da Nutrição isoladamente, este percentual subiu para 23,8%.

Também visando a identificar e analisar fatores de risco para os transtornos alimentares, uma pesquisa foi realizada com adolescentes do sexo feminino de uma escola pública em Recife-CE. Participaram 60 adolescentes, que responderam a um questionário composto por 42 itens, o Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT). Embora o índice de massa corporal tenha sido considerado baixo (60,0% subnutridas, 36,6% peso normal 3,33% sobrepeso ou obesas), os resultados são preocupantes. Das participantes, 60,46% afirmaram fazer redução de alimentos calóricos e gordurosos. As “orgias alimentares” foram relatadas por 14% das entrevistadas. Em relação à percepção da auto-imagem, 70% estavam insatisfeitas consigo mesmas. Já 14,04% opinaram apresentar comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares na maior parte do tempo, 18,33% uma vez por semana e 28,09% uma vez por mês. Apenas 39,52% opinaram nunca terem apresentado estes tipos de comportamentos (Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007).

Com base nas pesquisas acima, além de estudar os transtornos alimentares, considera-se fundamental investigar os fatores ou comportamentos de risco para o desenvolvimento dessas patologias (Beatty & Finn, 1995). Assim será possível identificar

os casos em perigo (tanto no contexto clínico quanto de pesquisa) bem como desenvolver estratégias de prevenção.

1.1.3. Evolução e quadro clínico

A anorexia nervosa geralmente inicia a partir de uma simples dieta realizada como resposta a um excesso de peso real ou imaginário. Apesar da realização de regimes e busca de outros métodos que visam ao emagrecimento serem comuns na adolescência, ao contrário da maioria dos jovens, que após algum tempo retornam ao peso antigo ou atingem o peso ideal, os anoréxicos buscam uma forma física cada vez mais esbelta (Hercovici & Bay, 1997). Os fatores precipitantes ou desencadeantes da inanição são diversos. Podem consistir em eventos vitais significativos como perdas, separações familiares, enfermidades, mudanças de escola, modificações corporais, entre outros, embora muitas vezes o fator específico não possa ser identificado ou, em alguns casos, pode constituir em uma circunstância aparentemente corriqueira (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 1998).

Os pacientes em um primeiro momento eliminam alimentos muito calóricos e, aos poucos, passam a restringir todos os outros itens que faziam parte de seu cardápio (Russel, 1983). Com o tempo, passam a direcionar toda sua atenção para assuntos relacionados à dieta e perda de peso, em uma busca implacável à magreza. Os hábitos alimentares passam então a ser ritualizados e secretos (Nunes & Pinheiro, 1998), e comportamentos bizarros em relação à comida passam a ocorrer. Os pacientes escondem alimentos por todos os cantos da casa, cozinham refeições elaboradas, compram comida em abundância no supermercado e se preocupam com a dieta da família (Cordás & Busse, 1995). Apesar desse contato estreito com a comida, a ingestão nutricional é muito pequena, sendo que, em estágios mais avançados da doença, é comum que comam apenas uma fruta ou uma fatia de queijo, ou que apenas bebam um café durante o dia inteiro (Russel, 1983). Concomitantemente à dieta restritiva, é freqüente a ocorrência de episódios de comer compulsivo de alimentos calóricos considerados proibidos pelos pacientes (Nunes & Pinheiro, 1998). Para compensar tais orgias alimentares, muitos anoréxicos passam a utilizar métodos de purgação, sendo comum o abuso de laxantes e diuréticos, o engajamento em atividades

físicas cada vez mais vigorosas e, em 40% dos casos, a provocação de vômitos, atitude esta que piora muito o prognóstico (Hercovici & Bay, 1997).

Com a evolução da doença, as inspeções minuciosas frente ao espelho passam a ser constantes e, embora o emagrecimento seja cada vez mais intenso, o medo da obesidade aumenta. Um aspecto central da patologia, presente quase na totalidade dos casos, é a perturbação da percepção corporal. O indivíduo apresenta uma distorção no modo de perceber o próprio corpo, acreditando estar gordo mesmo contra todas as evidências clínicas e súplicas familiares (Crisp, 1980).

O curso da anorexia nervosa é variável, podendo ir desde um único episódio com recuperação física e psicológica total, o que é mais raro, até evoluções crônicas com sucessivas internações e recaídas. O transtorno pode ser letal em função de suas alterações fisiológicas e metabólicas causadas pela degradação nutricional (Nunes & Pinheiro, 1998). Casos fatais não são raros em absoluto. Estudos apontam que o número de mortes por consequência da doença oscila entre cinco e 15% dos casos (Doyle & Briant-Waugh, 2000).

Em relação à bulimia nervosa, pode-se constatar que muitas pacientes têm história prévia de obesidade (Stice & Agras, 1998). O excesso de peso tem influência drástica na auto-estima e na satisfação corporal, especialmente em crianças e adolescentes com auto-imagem negativa, suscetíveis às pressões culturais pela magreza (Fairburn et al., 1997). Há também casos de meninas que apresentam um aumento importante da gordura corporal na puberdade, o que requer uma reorganização da imagem corporal e pode reforçar as preocupações exageradas com o peso (Grabarek & Cooper, 2008).

Mas a busca pela magreza e o conseqüente desenvolvimento da bulimia nervosa não estão relacionados apenas a preocupações estéticas, e sim a uma busca subjetiva de estabilidade ou controle. Inicialmente o disparador das descompensações alimentares é a fome intensa, adquirida através de dietas extremadas. Essa “falha” em manter o controle da alimentação faz com que sejam utilizados métodos de purga e assim se instala um círculo vicioso: restrição – perda do controle/aumento de peso – purgações. Com o tempo, qualquer situação de angústia tenta ser aliviada através das ingestões copiosas e subseqüente eliminação do que foi ingerido (Abreu, 2002).

Porém, ao contrário dos anoréxicos, os pacientes bulímicos apresentam consciência de seus problemas com a alimentação. O segredo é central no transtorno e por isso só procuram tratamento muito tempo após a instalação do transtorno. Apesar da vergonha que sentem, há um desejo de mudar que conduz a buscar ajuda (Cordás & Busse, 1995).

1.1.4. Prevalência

Sabe-se que os transtornos alimentares afetam predominantemente a população jovem (Doyle & Briant-Waugh, 2000) e que a sua prevalência tem aumentado na população geral nas últimas décadas (Dunker & Philippi, 2003; Fiates & Salles, 2001; Magalhães, Gulnar & Mendonça, 2005), especialmente entre indivíduos de 15 a 24 anos de idade (Hoek, 2006). Pesquisas epidemiológicas estimam a incidência entre 0,5% e 7% para anorexia nervosa e 0,4 % e 16,2 % para bulimia em adolescentes do sexo feminino. Em relação aos homens, os índices variam entre 0 e 0,1% para anorexia nervosa e de 0 a 1,2% para a bulimia nervosa (Hoek & van Hoeken, 2003; Strober et al., 2000).

Todavia, tais números são questionáveis pelo fato de que apenas os casos mais graves chegam ao conhecimento médico. Além disso, distúrbios não-especificados e síndromes parciais, isto é, formas de transtornos alimentares que não preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa são bem mais frequentes (Shisslak, Crago & Estes, 1995). Elas ocorrem com 5% a 10% de jovens do sexo feminino (Melin & Araújo, 2002).

1.1.5. Histórico e critérios diagnósticos atuais

Apesar de ser conhecida atualmente como uma síndrome das sociedades modernas (Selvini Palazzoli, 1990; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1998), muito ligada a fatores culturais das sociedades ocidentais (Melin & Araújo, 2002), existem relatos médicos de pacientes acometidos de uma misteriosa enfermidade semelhante à anorexia nervosa datados do século III. Além disso, a prática de jejuar pode ser identificada há séculos, o que leva à reflexão se os transtornos alimentares são doenças novas relacionadas

a pressões sociais ou se configuram uma maneira mais profunda de auto-expressão adotada também por outras épocas e culturas (Abuchaim, 1998).

A anorexia nervosa foi reconhecida pela primeira vez na Idade Média como uma afecção misteriosa que se caracterizava por uma dieta de fome auto-imposta com significativa perda de peso. Todavia, pesquisas mostram indícios de que antes do século XII já havia descrições esporádicas de patologias semelhantes. Tais casos eram descritos como enfermidades de origem mental, envolvendo sintomas como amenorréia, constipação, hiperatividade e perda do apetite (Kaplan, 1992).

A partir do século XVIII, surgiram vários relatos interessantes descrevendo esta entidade clínica. Há o caso de uma menina francesa que faleceu vítima do transtorno, cuja morte foi atribuída pelos médicos à influência perniciosa da mãe (Kaplan, 1992).

A vida de cerca de 250 santas e beatas da Igreja Católica e suas práticas de asceticismo, descritas por Bell (in Hercovici & Bay, 1997), mostra um paralelo entre as práticas religiosas de jejum, as chamadas "anorexias santas", e o conceito da doença aceito hoje. Para o autor, as "anorexias santas" podem ser relacionadas à anorexia atual, visto que em ambas existe uma busca pela libertação feminina de uma sociedade patriarcal.

A primeira descrição clínica da anorexia nervosa como uma patologia com características semelhantes àquelas de ordem psicossomática foi feita em 1694, por Richard Morton, a partir da análise de dois casos clínicos (Bruch, 1973, Hercovici & Bay 1997). A síndrome só foi redescoberta em 1868, pelo médico inglês William Whitney Gull, criador do termo "anorexia nervosa" (Bruch, 1973). A partir dessa época, os relatos médicos destacavam o papel da trama familiar na doença dos filhos (Garfinkel, Kennedy & Kaplan, 1995). Gull baseou-se nos quadros clínicos de três meninas entre 14 e 18 anos. Suas conclusões foram de que a aparição típica da doença se dá na adolescência; há uma prevalência em mulheres; intenso emagrecimento e prejuízo das funções nutritivas com grande aumento das atividades físicas; amenorréia associada ao emagrecimento; constipação; perda de apetite e ausência de uma patologia somática (Bruch, 1973).

Cerca de cinco anos após as observações de Gull, Ernest Charles Lasségue (in Bruch, 1973), um neuropsiquiatra parisiense, denomina a doença como "*anorexie hystérique*". Lasségue acreditava que a etiologia do transtorno era histérica e já naquela época enfatizava muito adequadamente as distorções cognitivas, a negação, os transtornos

da imagem corporal e o envolvimento familiar no desenvolvimento da doença. Alguns anos depois, Henri Huchard, outro médico francês, descartou a origem histérica, mudando o termo para "*anorexie mental*", até hoje utilizado na França e Itália. Em 1895, Gilles de la Tourette (in Kaplan, 1992), um médico que assim como Gull acreditava na importância da separação temporária do paciente anoréxico do meio familiar, foi o primeiro a enfatizar falta de apetite como central na afecção.

No ano de 1914, Morris Simmons (in Fairburn, Phil & Beglin, 1990) encontrou um possível comprometimento de ordem orgânica após a descrição da severa perda de peso em uma jovem acometida de uma destruição da hipófise. A confusão etiológica surgida a partir deste caso, que sugeria o hipopituitarismo como causa da anorexia nervosa, só foi encerrada em 1949, quando foi comprovada a ausência de emagrecimento intenso a não ser em níveis terminais das doenças restritas à hipófise. Nos anos seguintes, a Psicanálise passou a dominar o estudo dos transtornos alimentares, através de uma abordagem psicodinâmica (Hercovici & Bay, 1997), até que outras áreas do conhecimento passaram a se interessar por estas doenças e investigar outras faces do problema (aspectos genéticos, clínicos, culturais, etc.).

A anorexia nervosa também foi vista como um sintoma inespecífico, passível de manifestação em praticamente todos os diagnósticos psiquiátricos que levassem à acentuada perda de peso. Tal concepção provavelmente decorreu da existência de aspectos inespecíficos presentes em sua psicopatologia, tais como alterações cognitivas, afetivas e comportamentais provocadas pela inanição. Outra forma de se conceber a anorexia nervosa foi como variante de outras doenças psiquiátricas, principalmente da histeria, da esquizofrenia e do transtorno obsessivo (Garfinkel et al., 1983).

A partir de 1960, o número crescente de indivíduos com anorexia nervosa e as tentativas de distinguir diferentes tipos de pacientes com o quadro parecem ter contribuído para o reconhecimento da doença como síndrome psiquiátrica específica, com aspectos característicos que a distinguem de outros transtornos. Na década de 1970 começam a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto as necessidades clínicas como as de pesquisa (Russel, 1970). De modo geral, os critérios ressaltavam: a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar,

alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorréia), aspectos concebidos como diagnósticos de anorexia nervosa pelos atuais sistemas classificatórios (Organização Mundial de Saúde, 1993).

O termo “bulimia” tem uma história antiga. Deriva do grego "bous" (boi) e "limos" (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi. 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 & Parry-Jones, 1991).

Embora o histórico da bulimia nervosa seja mais recente que o da anorexia nervosa – por ter sido reconhecida como uma entidade clínica apenas no final da década de 70 –, nos famosos festins da Roma antiga também era corriqueira a existência de episódios bulímicos e comportamentos purgatórios (Cordas & Claudino, 2002). Os banquetes oferecidos pelas classes sociais mais altas eram acompanhados de orgias sexuais e contavam com a presença de “vomitatórios” (tipos de pias) para a prática dos vômitos auto-induzidos. Mais tarde, tais atitudes foram abandonadas, quando condenadas pela sociedade e quando a obesidade deixou de ser considerada como um sinal de prosperidade (Hercovici & Bay, 1997).

O transtorno foi descrito pela primeira vez por Russell (1983) ao estudar trinta pacientes com peso adequado, mas que apresentavam um intenso medo de engordar e, para se defenderem disto, desenvolviam episódios bulímicos e provocavam vômitos. Como eram constatados quadros de anorexia nervosa na história pregressa dessas pacientes, o pesquisador passou a considerar que a bulimia pudesse ser uma seqüela ou uma variação da anorexia (Russell, 1983). Todavia, algum tempo depois, Russel e outros autores apontaram a bulimia nervosa como um quadro distinto, uma vez que apenas 20% a 30% dos pacientes bulímicos tinham história pregressa de anorexia nervosa (Fairburn et al., 1997).

Nas últimas décadas, o diagnóstico tem sido mais investigado, e os especialistas percebem a frequência dos transtornos e as dificuldades de tratamento (Garfinkel, Kennedy & Kaplan, 1995). Atualmente, a detecção pode ser realizada através do DSM-IV-TR, embasado em concepções biológicas e psicológicas. Como um resumo das diretrizes diagnósticas para a anorexia nervosa propostas por este tratado pode-se citar: uma recusa de

manter o peso corporal indicado à idade e à altura, medo exagerado de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo que o peso esteja abaixo do esperado; distorção da imagem corporal ou negação da gravidade do peso atual; e em mulheres pós-menarca, constatação de amenorréia (American Psychiatric Association, 2003).

O DSM-IV-TR também recomenda, ainda em relação aos critérios diagnósticos, a especificação dos dois subtipos da anorexia: restritivo e bulímico. A diferença está em que no primeiro tipo ocorre apenas uma restrição nutricional através da evitação dos alimentos, enquanto que, no segundo, ocorrem também episódios de um rápido consumo de grandes quantidades de alimentos em um tempo limitado ou indução de vômitos e limpeza estomacal (através do uso de laxantes e diuréticos). Pesquisas apontam que apenas 12% das pacientes com anorexia nervosa restritiva nunca apresentaram episódios bulímicos ou purgação (Eddy, Movotny & Westen, 2002).

Uma síntese dos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV TR para a bulimia nervosa é: episódios recorrentes de consumo rápido de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo curto; temor de não conseguir parar de comer durante o episódio de ingestão copiosa; provocação de vômitos; uso de laxantes; realização de dieta rigorosa ou jejum para contrabalançar os efeitos do empanturramento e uma média mínima de dois episódios por semana, durante pelo menos três meses (American Psychiatric Association, 2003).

Constata-se que o entendimento dos transtornos alimentares transitou por abordagens psicológicas e biológicas ao longo da história. Embora a etiologia dessas patologias seja ainda hoje desconhecida (Duchesne et al., 2004), são crescentes as evidências da interação de diversos fatores não só na sua gênese como também na manutenção (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002). Atualmente, a maioria dos pesquisadores trabalha com um modelo multidimensional, que reconhece fatores de risco de diversos níveis, como aspectos culturais, individuais e familiares (Abreu & Cangelli Filho, 2005).

Constata-se também, pelo histórico da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, que estas não são doenças novas. Todavia, há uma preocupação crescente com estes transtornos, visto que o número de casos vem aumentando consideravelmente. Pesquisas mostram que a incidência dos transtornos alimentares praticamente dobrou nas últimas duas

décadas (Dunker & Philippi, 2003; Hay, 2002). Os estudiosos da área passaram então a realizar investigações sobre a associação entre os padrões de beleza estipulados pela cultura e o incremento do número de casos.

O conceito de beleza sofreu inúmeras variações ao longo da história, sendo a economia um dos aspectos influentes. Houve sempre uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais femininas que são valorizadas. Assim, em épocas nas quais os alimentos eram escassos, a imagem feminina robusta era sinal de poder e opulência, enquanto que, em períodos em que os alimentos são oferecidos em abundância, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso. O ideal de magreza vigente nestas sociedades é entendido, portanto, como um dos fatores culturais que contribuiriam para o incremento destes transtornos na pós-modernidade (Hercovici & Bay, 1997).

O final do século XX e início do século XXI são marcados pelo culto ao corpo. Há uma busca pelo corpo perfeito realizada de maneira obsessiva, transformando-se em um estilo de vida para muitas pessoas, especialmente para mulheres das classes médias urbanas (Goldenberg, 2005).

No começo dos anos 80, o incremento da busca pela magreza já podia ser percebido com clareza. Em uma pesquisa que comparava o peso e as formas corporais de candidatas do concurso “Miss América” e modelos da capa de uma famosa revista masculina do ano de 1959 ao ano de 1978, foi constatada uma mudança gradual no padrão estético. Os autores do estudo verificaram uma transição progressiva das formas corporais curvilíneas para um modelo corporal cada vez mais magro e sem formas definidas (Garner & Garfinkel, 1980). Já nesse período foi introduzida a idéia de que, nas mulheres das sociedades ocidentais, a insatisfação com o corpo é um componente padronizado (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1995)

Nas últimas três décadas tem havido uma pressão maciça para que as mulheres jovens acatem a idéia de que a magreza é fundamental para a felicidade (Packard & Krogstrand, 2002). Tal padrão estético é considerado central no aumento do número de casos de transtornos alimentares (Dunker & Philippi, 2003; Hay, 2002). Segundo Hsu (1996) essas patologias são a expressão mais grave da atual cultura da magreza.

1.2. Aspectos culturais dos transtornos alimentares: variáveis regionais, socioeconômicas e raciais

Na atualidade, o corpo considerado “normal” e saudável é aquele que apresenta como principais características a esbelteza e a musculatura definida (Goldenberg, 2005). Assim, o preconceito contra a obesidade é muito intenso (Novaes & Vilhena, 2003), e a magreza é ligada à imagem feminina de sucesso, perfeição, competência, autocontrole e atratividade sexual (Ricciardelli & McCabe, 2001).

Estudos demonstram dados preocupantes neste sentido. Por exemplo, o preconceito contra a gordura acomete as crianças desde a pré-escola e mulheres com sobrepeso têm mais dificuldade de conseguir emprego e bons salários do que aquelas que estão dentro do padrão estético valorizado (Puhl & Brownell, 2001).

Ademais, mais dinheiro é gasto hoje nos Estados Unidos em beleza e produtos de controle de peso do que em serviços sociais ou educação (Stinson, 2001). Essa indústria da magreza prioriza o capital e ignora os prejuízos à saúde. Informações inadequadas invadem o universo feminino principalmente através dos meios de comunicação e passam a ser seguidas em massa (Souto, 2002). O aumento no número de cirurgias plásticas estéticas é um bom exemplo da crescente insatisfação corporal e da busca de formas perfeitas entre homens e mulheres (Ricciardelli & McCabe, 2001; Stinson, 2001). É notável também o crescente número de *sites* que incentivam as adolescentes a desenvolver ou manter transtornos alimentares, ensinando técnicas de purgação e “truques” supostamente milagrosos para atingir um estado severo de emagrecimento (Oliveira, 2004).

Em relação aos aspectos culturais, salienta-se o papel da globalização e da mídia atual em todas as suas formas de expressão. O corpo atualmente é supervalorizado e exaltado como “objeto de consumo” (Goldenberg, 2002). Segundo Boris e Cesídio (2007), após séculos de dominação masculina, com o corpo submetido ao prazer e aos desejos do homem, hoje, com as inúmeras transformações culturais, econômicas, históricas e políticas, a mulher passou a vivenciar o corpo de maneira diferente. No mundo ocidental, atualmente já pode expressar suas opiniões, vivenciar sua sexualidade com prazer e consumir tudo aquilo que deseja. Todavia, se adequou ao modelo corporal imposto pelo sistema capitalista e pela ideologia da mídia, que novamente a “escraviza”.

Neste sentido, a sociedade, principalmente a feminina, mais vulnerável aos ideais de beleza criados culturalmente (Vervae, van Heeringen & Audenaert, 2004) vem nos últimos anos imersa em um desejo de consumo, perseguindo um padrão de beleza massificado e muitas vezes impossível biologicamente de ser alcançado (Russo, 2005). O ideal de corpo feminino imposto às mulheres jovens é um reflexo do que é exibido na mídia, em que o padrão de beleza é o da manequim anoréxica (Fernandez, 1995; Kakeshita & Almeida, 2006).

Esse culto à magreza leva a uma situação de permanente insatisfação pessoal, especialmente entre as mulheres (Andrade & Bosi, 2003). Segundo Tavares (2003), o ser humano hoje é pressionado, em inúmeras circunstâncias, a concretizar, no próprio corpo, o corpo ideal de sua cultura. É pressionado para essa representação por castigos (desprezo, críticas) e gratificações (dinheiro, poder, admiração). Os ganhos secundários podem ser tão poderosos que se renuncia ao contato interno e perde-se a conexão com o corpo real.

Para Kellner (2001), o bem-estar feminino está diretamente relacionado à capacidade de lidar com as exigências da sociedade. Muitas mulheres apresentam alterações de humor, isolamento social e retraimento por não alcançarem o padrão de beleza imposto. Segundo o autor, o corpo, nos dias atuais, é pouco dotado de espontaneidade e erotismo, visto que foi condicionado pelos interesses da economia expostos através da mídia.

Pesquisas realizadas em diversas culturas demonstram a existência de uma relação entre a exposição à mídia e os transtornos alimentares. Em estudo realizado nas ilhas Fiji, Becker et al. (2002) analisaram o impacto da exposição das adolescentes à televisão e conseqüentes atitudes e comportamentos alimentares desses jovens. O estudo foi realizado em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados demonstraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior preocupação com o peso corporal, o que sugere um impacto negativo deste meio de comunicação.

Já em uma pesquisa realizada na Inglaterra (Bell, Lawton & Dittmar, 2007), 87 garotas adolescentes foram divididas em três grupos: o primeiro exposto a modelos magras em vídeos de música; o segundo ouvindo somente as músicas dos vídeos, sem a imagem; e o terceiro ao qual foi dada uma lista de palavras neutras para serem memorizadas e

evocadas. Foi constatado que no primeiro grupo houve um aumento significativo da insatisfação com o corpo, comparado às outras intervenções, demonstrando o impacto deste tipo de mídia na construção da imagem corporal de adolescentes.

Outro estudo que relatou uma forte relação entre exposição à mídia e desenvolvimento de transtornos alimentares foi realizado na Tanzânia. Entrevistas feitas com 214 mulheres de 13 a 30 anos constataram que aquelas com maior número e severidade de sintomas relacionados a esses distúrbios eram as que mais tinham acesso à televisão, internet e cinema (Eddy, Hennessey & Thompson-Brenner, 2007). A esse respeito, Blowers et al. (2003) concluíram que as mulheres jovens percebem como maior a pressão exercida pelos meios de comunicação para serem magras, os quais possuem forte associação com a pressão da família e do grupo de amigas. Ou seja, a pressão difundida pelos meios de comunicação torna-se mais efetiva quando associada a outras fontes de pressão do cotidiano.

Durante a adolescência, os amigos passam a ter influência importante na socialização (Lattimore & Butterworth, 1999). Ricciardelli & McCabe (2001) sugerem que tanto a mídia quanto o grupo social (amizades) têm papel mais significativo na insatisfação corporal entre os adolescentes do sexo masculino do que os pais. Taylor et al. (1998) também pontuam que os amigos são as influências mais fortes em relação a preocupações com o peso entre as adolescentes do Ensino Médio. Adolescentes do sexo feminino encorajadas por amigas meninas têm mais chances de fazer dietas. Além disso, amigas do mesmo sexo exercem mais influência do que as mães em meninas na adolescência tardia, em relação a atitudes e comportamentos relacionados à alimentação (Mukai, 1996).

No Brasil, um estudo realizado em 1999 analisou revistas nacionais voltadas para o público adolescente. Foram coletadas algumas frases de reportagens sobre beleza: “*Nossa dieta não tem base calórica, mas nutricional. Com 350 calorias/dia come-se de tudo, inclusive massa*” (revista *Capricho*, 24 de outubro de 1999); “*O médico de Danielle Winitts, Alessandra Negrini, Camila Pitanga faz um cardápio para você emagrecer até 2 quilos por semana*” (revista *Capricho*, 24 outubro de 1999). Assim pode-se constatar, no país, a divulgação de um padrão estético imposto e que compromete a saúde física e mental

(Serra & Santos, 2003). Na mesma linha, Bohm (2004) verificou, em revistas brasileiras, a mensagem de que a magreza é fundamental para o sucesso e aceitação.

Por fim, cabe refletir sobre a contradição que a mídia apresenta especialmente aos adolescentes: de um lado a ênfase à atividade física e à importância de manter hábitos alimentares saudáveis (Smolak, 2004). De outro lado, o capitalismo e a urbanização “ditam” a magreza extrema como ideal de beleza e, ao mesmo tempo, incentivam a ingestão de alimentos rápidos, gordurosos e hipercalóricos (*fast food*), o que estimula o aumento dos índices de obesidade mundial (Bohm, 2004). Além dos números preocupantes de transtornos alimentares, uma pesquisa sobre orçamentos familiares realizada entre os anos 2002 e 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, confirma, em todas as regiões e estratos econômicos da população, a redução dos distúrbios originados da alimentação escassa e do gasto energético excessivo e alerta para o crescimento geométrico do excesso de peso e da obesidade no País, em particular em adolescentes do sexo masculino (IBGE, 2003).

Hoje, acredita-se que os transtornos alimentares acometem várias classes sociais e diferentes regiões culturais (Negrão & Cordás, 1996). Todavia, há algumas décadas a literatura descrevia que os indivíduos acometidos por transtornos alimentares eram, quase que em sua totalidade, meninas ocidentais, de raça branca e pertencentes a uma classe socioeconômica alta (Kaplan, 1992). Apesar de ser inquestionável que os índices de anorexia nervosa e bulimia nervosa venham crescendo de forma preocupante entre estas adolescentes, hoje tais enfermidades parecem se estender sobre os limites de raça, sexo ou cor (Fonseca, Ireland & Resnick, 2002). Um exemplo desta afirmação é o Japão, onde antes da ocidentalização tais transtornos praticamente inexistiam e atualmente são muito frequentes (Castro & Goldsteem, 1995). Todavia, ainda são poucos os trabalhos que têm examinado os efeitos da cultura, do nível socioeconômico e da identidade racial na insatisfação corporal entre crianças e adolescentes, em especial no Brasil.

Essa idéia de que a cultura é um fator de risco para os transtornos alimentares surgiu da alta frequência dessas patologias nos países desenvolvidos. Comprovando os achados iniciais de algumas décadas atrás, alguns autores descrevem ainda hoje um maior número de casos dessas patologias em países industrializados (Ghazal, Agoub, Moussaoui &

Battas, 2001), sociedades ocidentais (Hsu, 1996) e em meninas de classes sociais mais altas (Borges et al., 2006; Vilela et al., 2004).

Dos estudos empíricos estudados, os resultados são mistos e ainda não é claro a apresentação dos transtornos alimentares em diferentes grupos culturais (Soh, Touyz, & Surgenor, 2006). Entretanto, pesquisas atuais comprovam a existência dos transtornos alimentares também nas minorias raciais do ocidente e em todos os estratos sociais (Negrão & Cordás, 1996). Atualmente, também em diversos países em desenvolvimento os transtornos alimentares são considerados como problemas de saúde pública (Dunker & Phillipi, 2003; Magalhães, Gulnar & Mendonça, 2005) e vários estudos transculturais confirmam a existência de transtornos alimentares em países como Brasil, China, Hong Kong, Taiwan, Índia, Malásia, Singapura, entre outros (Negrão & Cordás, 1996).

Por exemplo, Makino, Tsuboi e Dennerstein (2004), em seu artigo de revisão de literatura, avaliaram pesquisas que utilizaram o Eating Attitudes Test (EAT-26) e compararam a prevalência de transtornos alimentares em culturas ocidentais e não ocidentais. Os autores concluíram que embora essas patologias ainda ocorram com mais frequência no ocidente, tem havido um acréscimo gradual de comportamentos alimentares de risco nos países não-ocidentais, provavelmente em função da globalização. Gunewardene, Huon e Zheng (2001) compararam comportamentos de dieta em adolescentes de três diferentes contextos culturais: 100 mulheres de Pequim, CH, 60 mulheres com herança chinesa que viviam em Sydney, AU, e 100 australianas sem origem chinesa. As análises demonstraram que a exposição à ocidentalização era um significativo preditor de realização de dietas.

1.2.1. Aspectos regionais

Muitos autores consideram que a prevalência de transtornos alimentares é maior nas grandes cidades do que no interior ou nas áreas rurais. A justificativa para tal seria que, em regiões menos urbanizadas, os fatores socioculturais tradicionais estariam preservados, podendo agir com um fator de proteção juntamente com a família e as interações sociais. Além disso, relativa gordura em mulheres em algumas sociedades não industrializadas é considerada como sinal de saúde e prosperidade (Littlewood, 2004).

De acordo com essa concepção estão Nadaoka et al. (1996), que realizaram um estudo visando a investigar índices de anorexia nervosa em regiões urbanizadas e distritos rurais do Japão. Os achados demonstraram que o transtorno acometia principalmente jovens de áreas urbanas, na sua maioria residentes em cidades de médio porte, com população entre 60.000 e 250.000 pessoas.

Entretanto, pesquisas atuais têm achado em cidades pequenas índices semelhantes dessas doenças aos de cidades maiores, contradizendo a idéia de que quanto maior o índice de urbanização maiores os índices de anorexia nervosa e bulimia nervosa (Gonçalves, Barbosa, Rosa & Magna, 2008; Reato et al., 2007). A principal razão para esse incremento no número de casos em regiões menos industrializadas seria a globalização, que pode ter um efeito negativo nos hábitos alimentares da população mundial, aumentando, conseqüentemente os índices de transtornos alimentares em todo o mundo.

De acordo com essa concepção está o estudo de Vilela et al. (2004). Os pesquisadores investigaram estudantes de cinco municípios da zona rural de Minas Gerais, com 5000 habitantes no máximo. A amostra foi composta por 887 meninos e 920 meninas, com idades entre sete e 19 anos, que responderam ao Teste das Atitudes Alimentares (EAT-26), ao Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) e ao Body Image Test. Os resultados foram preocupantes: 59% dos participantes estavam insatisfeitos com seus corpos, 40% realizavam dietas freqüentes, 56% faziam exercícios com o objetivo de perder peso, 12% tinham episódios bulímicos e 10% eram adeptos de métodos de purgação.

Hoek, van Harten, van Hoeken & Susser (1998) pesquisaram a incidência de transtornos alimentares em Curaçao, país onde cerca de 95% da população é de raça negra ou miscigenada e o padrão de beleza não é a magreza. O Índice de Massa Corporal (IMC) médio das mulheres em Curaçao é próximo ao das mulheres negras dos Estados Unidos, e maior do que as mulheres brancas americanas. Diante destes fatos, os autores não esperavam encontrar muitos casos de anorexia nervosa nesta população. Contudo, os resultados foram contrários às expectativas. Encontrou-se um número significativo de casos do transtorno, com uma taxa de incidência semelhante à encontrada em países ocidentais.

Com o objetivo de verificar a existência de transtornos alimentares em uma zona não-urbanizada, uma pesquisa longitudinal foi desenvolvida em uma pequena cidade rural

da Itália. A amostra foi composta por 517 meninas entre 11 e 20 anos de idade e os dados mostraram que nessa área rural a prevalência de anorexia nervosa era semelhante às metrópoles daquele país (Rathner & Messner, 1993).

Outro estudo na mesma linha foi desenvolvido em uma área não urbana do Estado do México, do qual participaram 458 jovens do sexo feminino com média de 16,5 anos de idade. As adolescentes responderam a um *checklist* já utilizado em uma pesquisa de base populacional na Cidade do México. Foram encontradas elevadas frequências de perigosos comportamentos alimentares: 27,9% das meninas estavam seriamente preocupadas com ganhar muito peso, 14,3% praticavam dieta com objetivo de perder peso e 2,4 % tinham episódios de *binge eating* e vômitos. Essa porcentagem foi maior do que a encontrada na cidade do México. Frente aos achados preocupantes, os autores sugerem que a cultura deve continuar sendo considerada como um fator de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, mas pontuam que novas pesquisas são necessárias para entender mais precisamente como ocorre essa associação (Bojorquez & Unikel, 2004).

1.2.2. Aspectos socioeconômicos

Alguns pesquisadores têm questionado também a concepção estabelecida de que os transtornos alimentares atingem predominantemente mulheres caucasianas com alta condição socioeconômica ou, visto de outra maneira, que estes fatores indicam risco. Até o momento, há discordância nos estudos empíricos que se propõe a comparar diferentes culturas e grupos étnicos, embora a maioria das pesquisas recentes aponte que a insatisfação com o corpo, a distorção da imagem corporal e a realização de dietas para perder peso e de exercícios físicos que visam ao emagrecimento ocorrem na mesma proporção para todos os estratos sociais (Grange, Stone & Brownell, 1998).

Estudos como o de Ogden e Thomas (1999), realizado com meninas londrinas de 11 a 16 anos, evidenciam associação entre classe social mais alta e maiores índices de preocupações com o corpo. No Brasil, Chiodini & Oliveira (2003) concordam que os transtornos alimentares acometem com maior frequência em classes econômicas mais elevadas.

Também na Austrália resultados similares foram encontrados: uma investigação mostrou que jovens de nível socioeconômico médio, comparados com aqueles de nível alto, tinham menos probabilidade de desejar um corpo mais magro do que o escolhido como o atual. Como explicação para essa diferença, os autores sugerem que jovens de alto nível socioeconômico são mais influenciados por fatores como a família e a mídia no que se refere à busca pela magreza (Wang, Byrne, Kenardy & Hills, 2005).

Por outro lado, em outra pesquisa realizada na Austrália não foi encontrada diferença entre meninas de baixo ou médio/alto nível socioeconômico nas medidas de imagem corporal e comportamentos alimentares (O’Dea, 1994). Dados semelhantes foram achados por McClelland e Crisp (2001), que constataram que atitudes de risco para a anorexia nervosa - como preocupações com o peso, *binge eating*, uso de laxantes e diuréticos e provocação de vômitos - ocorriam igualmente em todas as classes sociais.

Da mesma forma, contrariando a idéia da associação entre classe social mais alta e maiores índices de preocupações com o corpo estão os resultados do estudo de Power, Power e Canadas (2008), que teve com o objetivo de estudar a associação entre os comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e o *status* socioeconômico. A amostra foi constituída de 723 adolescentes do sexo feminino que responderam ao Eating Attitudes Test (EAT-40) e a um questionário sobre estilo de vida. A média do EAT-40 foi de 17,12%. O nível socioeconômico mais baixo e o costume de assistir televisão prediziam escores mais altos. Segundo os autores, os achados são preocupantes e uma proporção maior do que se supunha de equatorianas está em risco de desenvolver transtornos alimentares, especialmente aquelas de classe mais baixa. Já no Brasil, estudo com 100 mulheres de diferentes classes econômicas da cidade de Campo Grande concluiu que o padrão de beleza imposto pela sociedade afeta todas as mulheres, independentemente da classe econômica (Coelho & Fagundes, 2007).

Ainda em relação aos aspectos socioeconômicos, alguns pesquisadores se dedicam à investigação do índice de transtornos alimentares em instituições públicas e privadas de ensino. A concepção clássica de que as anoréxicas são estudantes de escolas particulares e pertencentes a famílias de alto nível econômico e cultural (Busse & Silva, 2004) é confirmada por vários estudos teóricos e empíricos atuais.

Segundo Lesar, Arnow, Stice e Agras (2000), estudantes de escolas particulares constituem um grupo de risco para transtornos alimentares. Para confirmar essa hipótese, investigaram 465 alunos de ambos os sexos de escolas públicas e particulares. Os estudantes responderam a questionários de auto-preenchimento sobre atitudes e comportamentos alimentares inadequados. Os resultados demonstraram que alunos de escolas particulares tinham mais atitudes e comportamentos alimentares inadequados quando comparados aos alunos de escolas públicas.

Confirmando esses achados, na Suíça foi encontrada maior incidência de anorexia nervosa em meninos e meninas de instituições particulares (Rastam, Gillberg & Garton, 1989). Também na África do Sul, estudantes do sexo feminino de escolas privadas mostraram maior incidência de preocupação com a forma física que seus pares de escolas públicas (Le Grange, Tibbs & Selibowitz, 1995)

No Brasil, Dunker e Philippi (2003) investigaram hábitos e comportamentos alimentares de meninas com sintomas de anorexia nervosa de uma escola particular. As alunas sintomáticas foram identificadas através do Teste das Atitudes Alimentares. Das 279 adolescentes estudadas, 21,1% apresentaram sintomas dessas patologias. No mesmo país, Vitolo, Bortolini e Horta (2006) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificar a prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de uma instituição particular e a sua associação com o índice de massa corporal (IMC) e a idade. A amostra foi composta por 491 estudantes da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), com idades entre 17 e 55 anos, de três áreas do conhecimento: ciências exatas, humanas e da saúde. Para a avaliação da frequência de compulsão alimentar foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e as medidas de peso e altura foram informadas pelas universitárias. Os autores encontraram uma prevalência de compulsão alimentar em 18,1% das participantes, que estava associada ao peso mais alto e à menor idade.

Os motivos para a maior prevalência de transtornos alimentares em estudantes de instituições particulares ainda não são completamente compreendidos. Autores acreditam que esses alunos são pertencentes a classes socioeconômicas altas, e por isso, têm mais contato com a mídia e com as exigências impostas pela globalização. Ademais, têm pais e pares com expectativas culturais altas, maior pressão e reforço para seguir o padrão de beleza valorizado (Lesar, Arnow, Stice & Agras, 2000).

1.2.3. Aspectos raciais

No que tange à raça, a maioria dos autores aponta um maior índice de anorexia nervosa, bulimia nervosa e de comportamentos de risco em mulheres caucasianas (Chui et al., 2007; Petersons, Rojhani & Steinhaus, 2000; Rucker & Cash, 1992; Sriegel-Moore et al., 1996). Akan e Grilo (1995) e Nasser (1998) fazem parte desse grupo. Os pesquisadores constataram que mulheres negras americanas, mesmo tendendo a ter um peso corporal mais elevado, se preocupam menos em engordar do que as mulheres brancas.

Também nos Estados Unidos, um estudo realizado no estado de Minnesota mostrou que as adolescentes africanas e as miscigenadas relataram com mais frequência alta satisfação corporal (40,1 e 44,3%, respectivamente), enquanto hispânicas e asiáticas declararam menos satisfação (19,8 e 20,0%, respectivamente). Quando foi realizada a comparação da raça negra com a raça branca, as africanas expressaram quase três vezes mais satisfação corporal que caucasianas (Kelly et al., 2005).

Petersons, Rojhani e Steinhaus (2000) examinaram diferenças na identidade racial, nas atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados à alimentação e sintomas de transtornos alimentares em 613 universitárias afro-americanas e caucasianas de 18 a 24 anos de idade. Os instrumentos utilizados foram um questionário de informações demográficas (que incluía peso e altura), o Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) e o Multi-Group Ethnic Identity Scale (MGEI). Como resultados, as mulheres brancas exibiram significativamente mais comportamentos e atitudes alimentares inadequados do que as negras. O grau de identidade racial foi maior nas negras e foi considerado um preditor de busca pela magreza, sintomas de bulimia nervosa e insatisfação corporal para as brancas e não para as negras. Os autores comentam os dados alegando que, nas negras, a insatisfação corporal e os esforços para perder peso refletem problemas de peso atuais e reais, enquanto que nas brancas é relacionada a problemas percebidos.

Estudo semelhante buscou examinar diferenças de etnia e gênero no que se refere a atitudes e comportamentos alimentares entre universitários. A amostra foi composta por 225 alunos negros e 199 brancos. Os estudantes brancos estavam mais insatisfeitos com

seus corpos, tinham mais sentimentos negativos por si próprios e faziam mais dieta que os negros (Aruguete, DeBord, Yates & Edman, 2005).

Em relação à presença de transtornos alimentares propriamente ditos em diferentes raças, Gray, Ford e Kelly (1987) avaliaram 507 universitárias americanas brancas e negras. 13% das mulheres caucasianas e 3% das afro-descendentes relataram ser bulímicas. Chui et al. (2007) realizaram uma investigação com 219 pacientes brancas e de minorias étnicas em tratamento para bulimia nervosa. Os autores encontraram diferenças significativas no índice de massa corporal, menor no grupo formado por caucasianas. Apesar disso, ao responder o Weight Concerns Subscale of the Eating Disorder Examination (EDE), esse grupo apresentou maiores preocupações com as formas corporais.

Com o objetivo de estimar a freqüência de comportamentos alimentares anormais entre universitários e sua associação com etnia e gênero, Hoerr et al. (2002) aplicaram o Eating Attitudes Test (EAT-26) em 1620 estudantes. 10.9% das mulheres e 4.0% dos homens estavam em risco de desenvolver transtornos alimentares. Entre as mulheres, 6.3% das afro-americanas e 11.1% das brancas estavam em risco. Especificamente em relação à presença de *binge eating*, esta foi relatada por 17.1% das caucasianas e por 3.8% das negras. Com base em tais achados, os pesquisadores concluem que as mulheres brancas têm um risco significativamente maior de apresentar anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

As razões para a maior prevalência dessas patologias em mulheres de raça branca têm sido especuladas e algumas respostas são dadas. Em primeiro lugar, a baixa auto-estima, que é identificada como um fator de risco para transtornos alimentares em uma série de estudos é maior nas negras do que nas brancas. Isso provavelmente se dá porque, nas caucasianas, a auto-estima baixa é muito relacionada ao índice de massa corporal e à imagem corporal, fatores que não são tão importantes para as afro-descendentes (Crago & Shisslak, 2003). Enquanto as brancas buscam seguir a ditadura da beleza, as negras se focalizam em outras expectativas, como ter força para viver em sociedade racista e sexista. Acredita-se que em função do preconceito racial, as mães negras enfatizam a auto-estima e orgulho da cor na educação das filhas (Lovejoy, 2001).

Em segundo lugar está a concepção tradicional de que os transtornos alimentares são doenças das “garotas de ouro”, meninas brancas de classe socioeconômica privilegiada. Neste sentido, há um número consistente de pesquisas evidenciando a existência de

preferência por um corpo mais “avantajado” entre as mulheres negras dos Estados Unidos, o que pode ser um fator cultural protetivo contra comportamentos de risco para transtornos alimentares (Petersons, Rojhani & Steinhaus, 2000; Thompson & Smolak, 2001).

Além disso, há a questão da identidade étnica ou racial. Esta identidade, segundo Phinney (1992), é um aspecto da identidade social do indivíduo, uma parte do conceito de *self* que deriva de seu conhecimento de pertencer a um grupo junto ao valor e significado emocional disso. Negras com alta identidade racial se mostram mais satisfeitas com suas formas corporais. Já para as brancas, alto grau de identidade racial é um preditor de busca pela magreza e insatisfação corporal.

Todavia, segundo Bruch (1973), conforme o número de negros na classe média fosse aumentando, mais esses indivíduos adquiririam os costumes e expectativas dos brancos e conseqüentemente, maiores seriam os índices de transtornos alimentares nessa população. Alguns pesquisadores da área já constatam a concepção de Bruch (1973) em suas pesquisas, e concluem que hoje o temor da obesidade é universal no mundo globalizado (Field, Colditz & Peterson, 1997; O’Dea & Caputi, 2001; Smith, Thompson, Raczinsky & Hilner, 1999).

Assim, ao contrário do já citado estudo de Hoerr et al. (2002) estão os resultados da pesquisa desenvolvida por Pemberton, Vernon e Lee (1996). A amostra foi constituída por alunos de duas universidades públicas americanas, uma com a população de estudantes predominantemente brancos e a outra de estudantes não-brancos. Foi utilizado um questionário de auto-relato (baseado no DSM-III-R) com a finalidade de verificar a prevalência de bulimia nervosa e de comportamentos bulímicos. 1.3% das mulheres e 0.2% dos homens foram classificados como tendo bulimia nervosa. Já a prevalência de comportamentos bulímicos foi maior: de 6.6% para mulheres e 3.6% para os homens. Além disso, não foi constatada diferença racial/étnica na prevalência de bulimia nervosa ou de comportamentos bulímicos nas mulheres.

O estudo de Emmons (1992) teve como objetivo investigar a prevalência e intensidade de comportamentos de dieta e purgação em alunos do ensino médio de raça branca e negra da cidade de Cleveland, no Estado de Ohio, EUA. Participaram do estudo 1.269 adolescentes de ambos os sexos. A análise dos dados mostrou que 61% das jovens negras e 77% das jovens brancas realizavam dieta e que 41% dos meninos de raça negra e

42% de meninos brancos utilizavam este método de emagrecimento. Além disso, 18% das meninas negras e 7% das meninas brancas relataram o uso de laxantes e diuréticos e 16% das meninas brancas e 3% das meninas negras assumiram que vomitam com o objetivo de controlar o peso. Segundo a pesquisadora, esses achados são preocupantes e comprovam a idéia de que comportamentos alimentares inadequados são encontrados em ambos os grupos étnicos.

Outro estudo sobre as diferenças étnicas foi realizado por Le Grange, Telch e Agrad (1997). O objetivo dos autores era verificar se mulheres caucasianas e mulheres pertencentes a minorias raciais diferiam na sintomatologia dos transtornos alimentares e na psicopatologia geral. A amostra foi composta por 109 caucasianas e 40 mulheres de minorias raciais, que responderam a uma entrevista clínica e completaram questionários sobre transtornos alimentares e psicopatologia geral. A análise dos dados não demonstrou diferenças significativas entre os grupos. Ambos pontuaram similarmente nas medidas de transtornos alimentares e psicopatologia geral.

Lovejoy (2001) também acredita que os transtornos alimentares não só acometem as maiorias femininas e alega que o *binge eating* é um problema significativo para muitas minorias. Essas mulheres se “empanturrariam” em resposta a vários eventos estressores como racismo, sexismo, classismo, pobreza e abuso sexual, ao contrário das caucasianas, que teriam como motivo central o medo de engordar. De acordo com essa concepção estão os estudos de Striegel-Moore & Smolak (2000) e Striegel-Moore et al. (2000), que apontam para maiores índices de *binge eating* em negras do que em brancas.

Porém, Crago e Shisslak (2003), em seu artigo de revisão da literatura, mostram que a maioria dos 28 estudos sobre o tema não encontraram diferenças étnicas nos índices de *binge eating* (15), sete constataram maiores índices em caucasianas e três em negras. Nesse sentido, O’Neill (2003) não encontrou diferenças significativas étnicas quanto ao *binge eating*, bem como Smith et al. (1998), que em estudo com 3948 mulheres entre 28 e 40 anos de idade constataram índices semelhantes na população negra e branca.

Percebe-se a diversidade nos resultados dos estudos sobre a raça como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Tal variação pode estar ligada à diferenças metodológicas, diferenças no tamanho das amostras, nos métodos de acesso e nas análises estatísticas (Petersons, Rojhani & Steinhaus, 2000). Portanto, consideram-se

necessários futuros estudos sobre o papel da identidade racial no desenvolvimento dessas patologias.

Pelo exposto acima, ressalta-se o papel importante dos aspectos culturais no desenvolvimento de comportamentos de risco para os transtornos alimentares. Assim, acredita-se que mais pesquisas são necessárias para um maior entendimento dessa relação, especialmente no contexto brasileiro.

1.3. Variáveis psicológicas dos transtornos alimentares: imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo e alexitimia.

Os fatores históricos e culturais levam os indivíduos a se relacionar com seu corpo de diferentes formas. Sabe-se que os padrões de beleza muitas vezes impostos pela sociedade são importantes na formação da imagem corporal e no modo como o indivíduo se relaciona consigo. Todavia, as adversidades infringidas aos indivíduos pela história, cultura e pelo grupo social não atingem suas imagens corporais de forma idêntica. Aspectos de personalidade são decisivos na construção do conceito de si mesmo (Castilho, 2001).

Em relação aos aspectos individuais dos transtornos alimentares, considera-se difícil estabelecer quais características de personalidade estavam presentes antes da instalação do transtorno alimentar e quais são consequência deste. A prevalência de transtornos de personalidade entre aqueles com anorexia nervosa e bulimia nervosa ainda é desconhecida (Sansone, Levitt & Sansone, 2005).

Entretanto, alguns traços de personalidade pré-mórbida típicos de adolescentes acometidas de anorexia nervosa são descritos pela literatura com base em evidências clínicas. Entre eles estão: grande necessidade de aprovação externa e falta de respostas às necessidades internas, conformismo, perfeccionismo (Mejía, Díaz, Sierra & Monsalve, 2003), auto-avaliação negativa, expectativas pessoais elevadas e extrema necessidade de agradar e satisfazer os desejos dos outros (Falceto et al., 1993; Fasolo & Diniz, 1998), aspectos estes que reforçam a busca incessante pela magreza (Ghaderi & Scott, 2001; McGee & Williams, 2000). Além disso, os anoréxicos restritivos começam a vida sexual

mais tarde e têm menos relações. A sexualidade comumente é infantil: há desinteresse ou conflitos sexuais e perturbações na intimidade (Mejía, Díaz, Sierra & Monsalve, 2003).

Em relação às comorbidades em pacientes com transtornos alimentares, estudos apontam que aproximadamente metade dos anoréxicos apresentam sintomas clinicamente significativos de transtorno obsessivo-compulsivo (Neumark et al., 2006) e que anoréxicos que utilizam métodos de purgação apresentam maiores traços de impulsividade e maior comorbidez psiquiátrica (Marañón, Echeburúa & Grijalvo, 2004). Além disso, a anorexia nervosa parece estar associada a transtornos da ansiedade (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Mejía, Díaz, Sierra & Monsalve, 2003) e a doenças afetivas, especialmente distímia e depressão (American Psychiatric Association, 2003, Mejía, Díaz, Sierra & Monsalve, 2003).

Bollen e Franz (2004) investigaram a relação entre os Cinco Fatores da personalidade e a anorexia nervosa e seus dois subtipos – restritivo e bulímico. A amostra foi composta por 71 pacientes com anorexia nervosa restritiva (AN-R) e 29 pacientes com anorexia nervosa bulímica/purgativa (AN-BP), que responderam ao NEO-Five Factor Inventory. Os resultados dos dois grupos com anorexia foram comparados entre si e com o grupo controle (N = 1390). Comparado com o grupo com AN-BP, o grupo com AN-R teve escores significativamente maiores nos fatores "Realização" e "Socialização". Já o fator "Neuroticismo" foi alto e similar nesses dois grupos. Os dois grupos clínicos apresentaram também índices de "Neuroticismo" significativamente mais altos que controles (sem os transtornos). Esse estudo mostra que os dois subtipos da anorexia nervosa podem ser distinguidos tanto nos sintomas quanto nas variáveis de personalidade e que esses aspectos devem ser mais estudados e tratados.

Confirmando essa idéia da diferença entre os subtipos do transtorno, pesquisas mostram que indivíduos acometidos anorexia nervosa restritiva tendem a ser perfeccionistas e obsessivos e aqueles com anorexia nervosa purgativa tendem a apresentar maior impulsividade e mais atuações (Oliveira & Santos, 2006). Vervaet, van Heeringen e Audenaert (2004) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as diferenças na gravidade dos sintomas em indivíduos com anorexia nervosa restritiva e anorexia nervosa bulímica. Participaram do estudo 244 pacientes anoréxicos atendidos pelo Departamento de psiquiatria da Universidade de Gent, na Bélgica. Os instrumentos utilizados foram o

Temperament and Character Inventory (TCI) e o Eating Disorder Inventory (EDI). Dos 62 dos sujeitos com psicopatologia menos severa, 48 tinham o diagnóstico de anorexia nervosa restritiva. Este grupo de pacientes parece ter, segundo os autores, sintomas e comportamentos menos graves do que o subgrupo purgativo.

Algumas características de personalidade de pacientes anoréxicos são comuns também aos bulímicos, como a baixa auto-estima, incompetência social e necessidade de aprovação externa. Ademais, um número grande de estudos têm examinado a relação entre perfeccionismo e transtornos alimentares, que, embora conhecido por ocorrer na anorexia nervosa, mais recentemente tem sido reconhecido como também associado à bulimia nervosa (Franco-Paredes et al., 2005). Outros aspectos importantes, porém, são típicos da bulimia nervosa: extroversão, cleptomania, automutilação e atuações (American Psychiatric Association, 2003).

Ainda na bulimia nervosa constata-se um baixo grau de manejo emocional, o que acarreta atitudes caóticas não somente relacionadas à alimentação, mas também à escola, ao trabalho, às relações afetivas e interpessoais (Abreu, 2002). Diferentemente da anorexia nervosa, onde há uma decréscimo na atividade sexual, os sintomas bulímicos são associados ao acréscimo (Eddy, Movotny & Westen, 2004). São comuns as relações sexuais promíscuas (Cordás & Busse, 1995), presença de longos períodos de solidão e, em outros momentos, relacionamentos intensos e instáveis (Abreu, 2002). Tais dificuldades podem estar relacionadas, entre outros fatores, à violência sexual pregressa. Muitos estudos apontam o histórico de abuso sexual na infância como um fator de risco para os comportamentos bulímicos na adolescência, e constatam que, em muitos casos, a instalação da bulimia pode ser atribuída diretamente a esse tipo de violência (Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack & Harris, 1996).

São freqüentes também na bulimia nervosa os transtornos caracterizados pela impulsividade e instabilidade (Grilo, 2002), transtornos do controle de impulso (Fernández-Aranda et al., 2008), dificuldade de auto-regulação (Sansone, Levitt & Sansone, 2005), presença de traços histriônicos, doenças afetivas (American Psychiatric Association, 2003) e dependências químicas (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Sansone, Levitt & Sansone, 2005). O histórico de outras patologias psiquiátricas, em especial de depressão,

também é considerado um fator de risco para os transtornos alimentares, particularmente para a bulimia nervosa (Fairburn et al., 1997).

Com o objetivo de verificar a existência de transtornos de personalidade associados, Marañón, Echeburúa e Grijalvo (2004) avaliaram 66 pacientes acometidos de transtornos alimentares. Através do International Personality Disorders Examination (IPDE) constataram que 51.5% da amostra apresentava pelo menos um transtorno de personalidade, principalmente obsessivo-compulsivo, evitativo, *borderline* e dependente. Os autores comentam o alto índice de transtornos de personalidade encontrado e enfatizam a necessidade de mais estudos sobre a personalidade dos indivíduos anoréxicos e bulímicos.

Sansone, Levitt e Sansone (2005), ao realizarem uma extensa revisão de literatura sobre o tema, constataram que a personalidade obsessiva compulsiva é a mais comum na anorexia nervosa restritiva (22%), seguida da evitativa (19%), *borderline* e dependente (10%). Na anorexia purgativa as personalidades mais prevalentes são a *borderline* (25%), evitativa e dependente (15%) e histriônica (10%). Finalmente, na bulimia nervosa prevalece a personalidade *borderline* (28%), histriônica e dependente (20%).

1.3.1. Imagem corporal

Além das características de personalidade descritas acima, um aspecto central dos pacientes acometidos de transtornos alimentares é a distorção na percepção do próprio corpo e a insatisfação com a imagem corporal. O interesse nesse tema vem crescendo motivado, em grande parte, pelo reconhecimento dos transtornos alimentares como um dos principais problemas de saúde mental entre adolescentes e adultas jovens (Society for Adolescent Medicine, 1995). Atualmente há uma grande preocupação entre os profissionais da saúde devido à alta prevalência de adolescentes com baixos níveis de satisfação corporal (Smolak, 2004), visto que essa insatisfação com o corpo e a preocupação em estar magro, tão freqüentes, são fortes preditores de transtornos alimentares (Crocker, Sabiston & Forrester, 2003; Johnson & Wardle, 2005; Oliveira & Santos, 2006; Pesa, Syre & Jones, 2000; Stinson, 2001; The McKnight Investigators, 2003).

A imagem corporal pode ser conceituada como uma construção multidimensional e contínua (McCabe & Ricciardelli, 2004) que representa como os indivíduos pensam, sentem e se comportam a respeito de seus atributos físicos (Muth & Cash, 1997). Pode ser também considerada como um reflexo de desejos, emoções e interação com os outros e com a cultura (Schilder, 1999).

A imagem corporal é formada por três componentes: o perceptivo, relativo à percepção corporal, a uma estimativa do sujeito sobre seu tamanho e peso; o subjetivo, relativo à satisfação com a aparência, associada com a ansiedade e a preocupação relacionadas a ela; e o comportamental, que se refere a situações evitadas em função do desconforto causado pela aparência (Gardner, 1996; Saikali, Soubilla, Scalfaro & Cordas, 2004). Inclui elementos conscientes e inconscientes, culturais, fisiológicos, cognitivos e afetivos e todas as variedades de sensações e percepções corporais e está relacionada ao sexo, a idade, à cultura, aos valores e às crenças (Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005; Barros, 2005).

A formação da imagem corporal encontra paralelo no desenvolvimento da identidade do próprio corpo (Tavares, 2003), mas também se dá no contato e na troca contínua com outras imagens corporais (Schilder, 1999) e nas relações interpessoais (Dolto, 2001). Sua construção é dinâmica, fruto da soma de memórias do passado e percepções atuais, que fazem com que o indivíduo desenvolva uma relação positiva ou negativa com seu corpo (Castilho, 2001). Embora as relações infantis e familiares sejam fundamentais nesse processo (Tavares, 2003), ele se dá ao longo da vida, estando sempre em permanente desenvolvimento e transformação (Mataruna, 2004; Stice & Whitenton, 2000).

O papel da cultura no desenvolvimento da imagem corporal, especialmente entre os jovens, também tem sido foco de interesse dos pesquisadores da área (Castilho, 2001). Sabe-se que nos dias atuais os atributos físicos são dos mais importantes para a definição da auto-imagem, em especial entre adolescentes (Faria, 2005). Nesta faixa etária os indivíduos têm uma representação mental de um corpo idealizado. Quanto mais esta idealização se distanciar do corpo real, maior será a possibilidade de conflito, o que compromete a auto-estima e a satisfação com as próprias formas (Chipkevitch, 1987).

Os altos índices de distorção na percepção e insatisfação com as formas corporais têm sido atribuídas cada vez mais a pressões da mídia para a busca da forma física ideal de

esbelteza extrema para as mulheres (Amaral et al., 2007; Nunes, Olinto, Barros & Camey 2001; Stice & Whitenton, 2000). A população jovem está exposta a essa imagem de corpo ideal fornecida pela mídia em vídeos musicais, publicitários, filmes, etc. (Kakeshita & Almeida, 2006; Morrison, Kalin & Morrison, 2004; Sands & Wardle, 2003).

Como resultado, as adolescentes, mesmo aquelas eutróficas ou abaixo do peso esperado, costumam se sentir gordas ou desproporcionais (Bosi et al., 2006; Fleitlich, Larino, Cobelo & Cordás, 2000) e buscam o corpo ideal através de métodos inadequados. Já nos meninos, ao contrário das meninas, há uma tendência crescente em subestimar o tamanho corporal e o desejo de ganhar peso e massa muscular (Vilela et al., 2001).

Vários estudos têm destacado que a insatisfação corporal está associada a transtornos alimentares em mulheres adolescentes e adultas (Thompson & Smolak, 2001), homens (Vilela et al., 2001) e mesmo em crianças (Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2002), o que preocupa ainda mais os especialistas. A insatisfação com o corpo e as preocupações com o peso em crianças prépuberes estão associadas à ocorrência de sintomas da conduta alimentar na adolescência, particularmente entre jovens do sexo feminino. Além disso, pesquisas mostram que a insatisfação corporal está associada ao início da alimentação restritiva entre garotas já com sete anos de idade (Kostanski & Guallane, 1999).

O estudo de base populacional desenvolvido por Nunes, Olinto, Barros e Camey (2001) demonstrou que a percepção inadequada do peso corporal de jovens mulheres entre 12 e 29 anos de idade (sentir-se gorda) tem um papel mais importante na determinação dos comportamentos alimentares anormais do que o real índice de massa corporal (IMC). Todavia, como citado acima, essa percepção corporal disfuncional não atinge apenas os adolescentes. As crianças aprendem cedo, com suas famílias e com o meio social, a valorizar o corpo delgado (Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996) e muitas vezes, mesmo com peso adequado, relatam insatisfação com seu corpo, engajando-se em condutas para perder peso (Robinson, Chang, Haydel & Killen, 2001).

Sabe-se que aos dois anos a maioria das crianças possui autopercepção e pode reconhecer a imagem de seu corpo refletida num espelho. Gradualmente, o corpo vai representando a sua identidade e, aos poucos, elas começam a pensar sobre como os outros

vêm a sua aparência. Os pré-escolares vão aprendendo como a sociedade enxerga diferentes características físicas e a imagem corporal vai, cada vez mais, tomando forma, à medida que eles absorvem conceitos do que é valorizado como atraente, ou seja, como “deveria” ser sua aparência. As crianças também formam imagens do que não é atraente, ou seja, de como não “deveriam” se parecer (Castilho, 2001).

Algumas investigações sugerem que garotas com cinco anos de idade já expressam preocupações com seu corpo e possuem conhecimento sobre dietas alimentares (Abramovitz & Birch, 2000). Pesquisas realizadas com crianças nos Estados Unidos e Inglaterra têm revelado que a maioria das garotas entre sete e nove anos concorda que é ruim ser gorda. A metade delas expressa o desejo de ser mais magra e aproximadamente um terço sentem medo de se tornarem gordas (Shapiro, Newcomb & Loeb, 1997).

Ademais, as relações dos pais com os padrões de beleza impostos pela cultura e com suas próprias imagens corporais estão diretamente relacionados à maneira que seus filhos percebem e valorizam seus corpos. Estudo prospectivo examinou, na infância, precursores de preocupação com o corpo e de percepção da pressão social para ser magra, que são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares na adolescência. Participaram da pesquisa 134 crianças do nascimento até os 11 anos de idade e seus pais, de 1990 a 2002. Os dados demonstraram que pais com alta insatisfação corporal, aqueles que têm altos índices de comportamentos de busca pela magreza, muito controle sobre a alimentação dos filhos e pressão de pais e pares para ser magra estavam relacionados com alto nível de preocupação com o corpo e percepção de pressão social para ser magra aos 11 anos de idade (Agras, Bryson, Hammer & Kraemer, 2007).

No Brasil, os achados com crianças também são preocupantes. Um estudo desenvolvido na cidade de Porto Alegre com 901 crianças achou uma prevalência de insatisfação corporal de 82%. Aproximadamente 75,9% da amostra apresentava percentil do IMC (índice de massa corporal) menor que 85. Dentre essas, 12,9% achavam-se gordas, o que representa 38,1% de todas as crianças que se achavam gordas (n = 231). Esses indivíduos eram principalmente meninas de 11 anos de idade, com maior IMC, menor auto-estima e que pensavam que seus pais gostariam que fossem mais magras (Pinheiro & Giugliani, 2006). Também nessa linha, Fernandes (2007) em estudo epidemiológico que analisou 1.183 alunos de 6 a 18 anos matriculados no ensino fundamental e médio de 20

escolas em Belo Horizonte, MG, apontou que a maioria dos estudantes apresentava insatisfação com o próprio corpo. Dos entrevistados, 62,6% estavam insatisfeitos com o próprio corpo, embora mais de 80% do total estivesse dentro do peso normal. Cerca de 34% gostariam de ser mais magros e 29% de ganhar peso. Entre os insatisfeitos, 32% eram homens e 30,6% mulheres. Embora as pesquisas constatem que pelo menos 95% dos casos de transtornos alimentares ocorrem em mulheres (Castro & Goldstein, 1995), percebe-se, neste estudo de Fernandes (2007), um alto índice de insatisfação na população masculina, que precisa ser mais investigada.

Mas a maior parte dos estudos sobre esta temática é realizado com amostras de jovens. Os resultados apontam que quando comparados com adolescentes com padrões normais de alimentação, adolescentes com transtornos alimentares tendem a ter imagem corporal mais negativa (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003) e uma maneira mais perturbada de vivenciar o peso (Giordani, 2006).

Em relação à prevalência da distorção corporal e hábitos alimentares de risco em diferentes países, estudos americanos e europeus indicam que 70% das mulheres jovens se sentem com sobrepeso, embora sejam normais ou magras (Hercovici & Bay, 1997). No Brasil, estudos com adolescentes escolares também têm descrito uma alta prevalência de insatisfação com o corpo e comportamentos inadequados que visam à redução de peso (Melin & Araújo, 2002; Vilela et al., 2004).

Neste contexto, com o objetivo de avaliar a percepção corporal e a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em universitários, Gonçalves, Barbosa, Rosa e Magna (2008) realizaram um estudo transversal em uma universidade privada do interior de São Paulo. A amostra foi composta por 227 estudantes de ambos os sexos, alunos dos cursos de Nutrição e Educação física. Aplicou-se o Teste das Atitudes Alimentares (EAT- 26) e o Teste de Imagem Corporal, para avaliar os sintomas de anorexia nervosa e a percepção corporal. A análise dos dados mostrou que 10,3% e 14,1% dos estudantes de Educação física e Nutrição, respectivamente, apresentavam fatores de risco para desenvolver anorexia nervosa. Além disso, foram encontradas proporções elevadas de insatisfação com a forma corporal, em ambos os cursos: 75,8% e 78,2% para os cursos de Nutrição e Educação física.

Branco, Hilário e Cintra (2006) realizaram um estudo visando a relacionar o estado nutricional com a percepção e a satisfação da imagem corporal em estudantes de 14 a 19 anos de idade, em São Paulo, SP. Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC). Foram utilizadas silhuetas padronizadas para avaliar a autopercepção da imagem corporal e um questionário de autopreenchimento para investigar a satisfação com a imagem corporal. Como resultados, a maior parte dos adolescentes estava com o peso normal. Entretanto, muitas meninas não se percebiam dessa forma. Embora a maioria dos adolescentes tivesse uma percepção adequada de sua imagem, as meninas tenderam a superestimar e os meninos a subestimar sua condição de sobrepeso e obesidade. Além disso, a insatisfação com a imagem corporal foi mais prevalente entre os adolescentes em sobrepeso e obesidade, especialmente no sexo feminino. As meninas tenderam a apresentar maior insatisfação do que os meninos. Cerca de 39% das meninas eutróficas se percebiam em sobrepeso e 47% daquelas nesta condição se percebiam obesas. Quanto aos garotos, também houve uma distorção da imagem corporal, mas inversamente: 26% daqueles em sobrepeso se viam eutróficos e 46% dos obesos se acharam somente em sobrepeso ou eutrofia.

Na mesma temática, uma pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto, SP, buscou analisar as relações entre o índice de massa corporal e a autopercepção da imagem corporal em jovens universitários. Foram avaliados 106 estudantes, que responderam a uma escala de silhuetas e uma escala visual analógica, a um questionário sobre imagem corporal, e foram submetidos à classificação do índice de massa corporal. A maioria das mulheres eutróficas ou com sobrepeso (87%) superestimaram seu tamanho corporal enquanto as mulheres obesas e os homens (73%), (independente do índice de massa corporal), subestimaram o tamanho corporal. As mulheres com sobrepeso foram as que demonstraram maior preocupação e desconforto com o corpo. Ademais, tanto homens como mulheres apresentaram distorção na percepção de sua imagem corporal, subestimando ou superestimando-a (Kakeshita & Almeida, 2006).

O estudo de Reato et al. (2007) também encontrou resultados preocupantes. Em uma amostra constituída por 174 adolescentes do terceiro ano do Ensino Médio de escola particular de Santo André, SP, embora tenha sido identificada eutrofia em 83% dos participantes, 54% gostariam de emagrecer, sendo a maioria feminina.

Na mesma linha, uma investigação que teve como objetivo investigar práticas alimentares e possíveis fatores de risco associados a transtornos alimentares foi realizada com 191 estudantes do sexo feminino do curso de Educação Física em uma Universidade pública do município do Rio de Janeiro, RJ. Verificou-se que uma parcela significativa das participantes apresentava comportamento alimentar fora do normal e desejava perder peso. Tais resultados são alarmantes na medida em que a avaliação do índice de massa corporal associado ao comportamento alimentar demonstrou que esse desejo não correspondia ao corpo em suas dimensões objetivas, uma vez que as respondentes estavam na faixa de peso esperada (Bosi, Luiz, Uchimura & Oliveira, 2008)

Também com o objetivo de analisar a percepção da imagem corporal e a satisfação com o próprio corpo, foi realizado em estudo em Recife, PE, com de 60 estudantes entre 10 e 19 anos de idade. Os autores verificaram que 70% das participantes estavam insatisfeitas consigo mesmas. Mais grave ainda é o fato de que o índice de massa corporal das participantes era baixo (60% subnutridas, 36,6% peso normal 3,33% sobrepeso ou obesas) (Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007).

Pode-se constatar, por essa breve revisão dos estudos na área, que uma imagem corporal pobre é preditora de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Johnson & Wardle, 2005; Keel, Fulkerson & Leon, 1997) e que a insatisfação com o corpo é muito freqüente especialmente entre a população jovem (Cicco et al., 2006; Conti, Gambardella & Frutuoso, 2005; Ostovich & Rozin, 2004). Assim, o estudo dessa temática é fundamental tanto no campo da prevenção quanto do tratamento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

1.3.2. Auto-estima

A auto-estima é a percepção avaliativa que o sujeito tem sobre si próprio. É um estado ou modo de ser, do qual o indivíduo participa com idéias que podem ser positivas ou negativas ao seu próprio respeito. Esse conceito tem sido estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental na adolescência (Andrade & Angerami, 2001).

Especificamente em relação aos transtornos alimentares, diversos autores apontam a baixa auto-estima como um fator importante no desenvolvimento e manutenção dessas

enfermidades (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Neumark-Sztainer, Wall & Guo, 2006; Oliveira & Santos, 2006; Ross & Wade, 2003; Strober et al., 2000, Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2006). Buscando compreender essa associação, Abuchaim, Somenzi e Duchesne (1998) ressaltam que a auto-estima, afetos, comportamentos, auto-imagem e bem-estar das meninas com transtornos alimentares estão drasticamente conectados com a compreensão que têm dos sintomas. Com isso, as pacientes se sentem felizes e em paz se comerem pouco, se praticarem exercícios ou se vomitarem “adequadamente” e deprimidas ou desesperadas se cometerem um “erro”, perdendo o controle da situação, o que demonstra um modo de pensar em extremos. São autocríticas e exigentes consigo mesmas, estabelecendo objetivos de conduta muito elevados e, portanto, difíceis de atingir, o que reforça a baixa auto-estima quando não atingem suas metas.

Uma série de estudos empíricos aponta essa associação entre os transtornos alimentares e a auto-estima. Pesquisas sobre fatores de risco para a instalação dessas patologias constatam, por exemplo, que garotas com sobrepeso e baixa auto-estima podem ter preocupação aumentada com o peso e fazer dietas precoces para melhorar a satisfação corporal e seu autovalor (Neumark-Sztainer et al., 2006). Além disso, uma baixa auto-estima nas mulheres jovens está relacionada a um pior ajustamento social, à busca pela magreza e à insatisfação com o corpo (Grabarek & Cooper, 2008). No que se refere à população infantil, pesquisa realizada em Porto Alegre verificou que crianças entre oito e nove anos de idade com peso adequado e com auto-estima mais baixa tinham duas vezes mais chances de se sentirem gordas quando comparadas com as que tinham auto-estima mais alta (Nunes et al., 2003).

As investigações que avaliam os transtornos alimentares propriamente ditos e sua relação com a auto-estima constatam que, quando comparados com adolescentes com padrões normais de alimentação, adolescentes com essas patologias tendem a ter menor auto-estima (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003). Um estudo realizado por Mas et al. (1999) buscou comparar a auto-estima de jovens com e sem transtorno alimentar. Foram avaliados três grupos. O primeiro foi composto por indivíduos que tiveram alta pontuação no Teste das Atitudes Alimentares (EAT-26) para sintomas anoréxicos, o segundo com alta pontuação para sintomas bulímicos e o terceiro, controle, subdividido em dois, de indivíduos com e sem comportamento restritivo. Os resultados demonstraram que os dois

grupos com pontuação para transtornos alimentares apresentavam níveis significativos de auto-estima mais baixa e insatisfação com o próprio corpo do que o grupo controle, especialmente do que o grupo sem restrição alimentar.

Frederick e Grow (2006) examinaram a maneira pela qual déficits de autonomia e baixa auto-estima podem conduzir ao desenvolvimento de transtornos alimentares. A amostra foi constituída por 71 estudantes universitárias. A partir dos resultados, os autores propuseram um modelo em que falta de autonomia era preditora de transtornos alimentares. Baixo nível de autonomia estava relacionado a um decréscimo global da auto-estima, que por sua vez estava ligada a bulimia nervosa, insatisfação com o corpo e busca pela magreza.

Em um estudo que investigou a interação das variáveis perfeccionismo, percepção do peso e auto-estima em 342 adolescentes, com o objetivo de avaliar se eram preditores de sintomas bulímicos, Vohs et al. (1999) constataram que as adolescentes que tinham altos índices de perfeccionismo e que se consideravam acima do peso apresentavam mais sintomas bulímicos, mas só se a auto-estima também era baixa. Do contrário, as adolescentes nas mesmas condições, mas que apresentavam alta auto-estima demonstrava menor sintomatologia.

Berrocal (2002) buscou também avaliar a associação entre a bulimia nervosa e a auto-estima. Através da Escala de Auto-estima de Rosenberg, foi identificado, no grupo com o diagnóstico do transtorno e no grupo subclínico (com sintomas bulímicos) níveis significativamente mais altos de baixa auto-estima do que no grupo controle (sem transtorno alimentar).

Embora a literatura aponte a baixa auto-estima como fator de risco para essas patologias, são poucos os estudos longitudinais que busquem acessar tal relação. O estudo longitudinal de McGee e Williams (2000), com uma amostra representativa da Nova Zelândia, examinou a associação preditiva entre a auto-estima de participantes entre nove e 13 anos (na fase inicial da pesquisa) e uma variedade de comportamentos de saúde quando esses indivíduos completaram 15 anos de idade. Como resultado, níveis baixos de auto-estima na primeira fase do estudo predisseram significativamente o relato de problemas alimentares ao final do estudo.

O estudo prospectivo de Ghaderi e Scott (2001) buscou examinar a prevalência e alguns fatores de risco prospectivos para o desenvolvimento de transtornos alimentares entre jovens do sexo feminino. As participantes foram 1157 mulheres suecas entre 18 e 30 anos de idade. Os dados mostraram que houve um pequeno aumento no número de casos de transtornos alimentares da primeira fase do estudo (1997) para a segunda (1999). Além disso, sujeitos que em 1997 tinham sintomas ou o diagnóstico de transtorno alimentar reportaram também significativamente menor auto-estima, menor percepção de suporte social, alta preocupação com o corpo e uso de *coping* evitativo. Dois anos depois, na segunda fase do estudo, houve um significativo acréscimo na alta preocupação com o corpo, no uso de *coping* evitativo, na preocupação com o corpo e um decréscimo na auto-estima. Pela análise dos dados, os autores puderam concluir que a baixa auto-estima, a alta preocupação com o corpo, uso alto de *coping* evitativo e percepção de baixo suporte social eram fatores de risco prospectivos para os transtornos alimentares.

Embora em número reduzido, alguns estudos não encontram relação entre os transtornos alimentares e a baixa auto-estima. Por exemplo, Young, Clapton e Bleckley (2004) avaliaram se o perfeccionismo, a baixa auto-estima e a pressão familiar percebida para ser magra eram preditores de bulimia nervosa em mulheres. A baixa auto-estima não foi considerada como um preditor significativo de comportamento bulímico. Na mesma linha, uma investigação da relação entre sintomas de transtornos alimentares e fatores psicológicos (obsessividade, dependência, hostilidade, assertividade, controle e auto-estima) não encontrou correlação com os sintomas bulímicos e anoréxicos com a baixa auto-estima (Rogers & Petrie, 2001). Todavia, enfatiza-se que a grande maioria das investigações aponta a auto-estima baixa como importante no desenvolvimento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 1998; Crago & Shisslak, 2003; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2006; Oliveira & Santos, 2006; Ross & Wade, 2003; Strober et al., 2000; Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2006; Vohs et al., 1999).

Sabe-se que auto-estima está correlacionada com a qualidade de vida (Bergman & Scott, 2001; Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2001) e que uma elevada auto-estima é um dos mais fortes precursores do bem-estar subjetivo (Diener & Diener, 1995). Com níveis tão intensos de baixa auto-estima, auto-exigência, cobrança e insatisfação com a imagem

corporal (Smolak, 2004), se pode pensar que o bem-estar subjetivo – avaliação da própria vida e o grau de satisfação pessoal (Hutz & Giacomoni, 1997) – também deve ser prejudicado nos pacientes acometidos destas doenças.

1.3.3. Bem-estar subjetivo

As pesquisas sobre o bem-estar subjetivo tiveram início por volta de 1960, tendo como referencial teórico a Psicologia Positiva (Diener, 2000). O estudo deste construto tem crescido muito ultimamente, sendo utilizado especialmente nas áreas de saúde mental e qualidade de vida.

O bem-estar subjetivo é definido como a avaliação cognitiva e afetiva que o indivíduo faz sobre a própria vida (Giacomoni & Hutz, 2006; Ostrom, 1969). Mais especificamente, diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente. Também é considerado como a avaliação subjetiva da qualidade de vida, que inclui as reações emocionais aos eventos, assim como os julgamentos cognitivos de satisfação (Giacomoni, 2004).

Este construto é composto de elementos positivos e negativos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Atualmente, os pesquisadores trabalham com um modelo de bem-estar subjetivo com três fatores: satisfação de vida (componente cognitivo), afeto positivo e afeto negativo (componentes afetivos) (Diener, 2000).

O primeiro fator, satisfação com a vida, consiste no julgamento cognitivo de algum domínio específico da própria vida. O segundo e terceiro fatores, afetos positivo e negativo, são relativos à frequência e à intensidade das vivências de afetos/emoções positivos e negativos. O afeto positivo reflete o quanto uma pessoa está sentindo-se entusiasmada, ativa e alerta, enquanto o afeto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação, a qual inclui uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, culpa, desgosto e medo (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Sendo assim, bem-estar subjetivo é um conceito amplo que inclui experimentar emoções prazerosas, baixos níveis de afeto negativo e altos níveis de satisfação de vida (Diener, Lucas & Oishi, 2005; Giacomoni, 2002).

O bem-estar subjetivo, na esfera psicológica, abrange os sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre sua própria condição de vida. Assim, relaciona-se à saúde psíquica, sem,

necessariamente, ser sinônimo de saúde mental. A variância do bem-estar de longo-prazo é atribuída a aspectos genéticos, como o temperamento, à personalidade, ao impacto dos eventos de vida, estratégias de *coping*, idade, gênero, cultura, entre outros (Giacomoni, 2004).

A satisfação global de vida dita por adolescentes tem sido relacionada a uma variedade de variáveis incluindo ambiente e traços de personalidade (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003). Por outro lado, pesquisas mostram que variáveis demográficas, escolaridade e classe socioeconômica são responsáveis por um pequeno percentual da variância do bem-estar subjetivo (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Alguns autores enfatizam também que os indivíduos, ao realizarem uma avaliação de suas vidas, comparam-se a padrões externos incluindo as vivências de outras pessoas, desejos e níveis ideais de satisfação, necessidades, aspirações, objetivos e condições passadas (Michalos, 1985). O julgamento da satisfação de vida se baseia, então, na discrepância entre as condições atuais reais e esses padrões de comparação. Assim, quando houver uma comparação superior (padrão de comparação mais elevado) haverá uma diminuição da satisfação. Tal idéia pode ser relacionada à insatisfação corporal e à busca de formas “perfeitas” nos dias atuais (Ricciardelli & McCabe, 2001). Especialmente as mulheres, mais vulneráveis aos ideais estéticos criados culturalmente (Vervaeet, van Heeringen & Audenaert, 2004), têm buscado um padrão de beleza massificado e muitas vezes impossível biologicamente de ser alcançado (Russo, 2005). A mulher brasileira, por exemplo, busca a silhueta típica das européias (mais longelíneas) ou das americanas (de seios mais fartos) (Moreno, 2008) e há uma idéia de que a felicidade só é possível através da conquista desse corpo e do status socioeconômico de estrelas da televisão e modelos. Isso gera uma situação de permanente insatisfação pessoal (Andrade & Bosi, 2003) e provavelmente uma diminuição dos níveis de bem-estar subjetivo.

Embora não tenham sido encontrados estudos que relacionem diretamente o construto bem-estar subjetivo com os transtornos alimentares, pode-se pensar em algumas outras associações, especialmente no que se refere à qualidade e satisfação de vida. Muito trabalho ainda deve ser feito para determinar a magnitude e o significado da associação entre satisfação de vida percebida e comportamentos alimentares e percepção de peso entre adolescentes (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003).

Entretanto, a interferência dos transtornos alimentares na qualidade de vida dos pacientes é apontada por alguns estudos. Gonzales et al. (2001) constataram que a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos alimentares é pior do que a população geral com as mesmas características (idade e sexo) e semelhante a outras patologias como esquizofrenia, pânico e depressão. Além disso, indivíduos com anorexia nervosa e bulimia nervosa realizam uma auto-avaliação significativamente mais negativa que a população geral (Jacobi et al., 2004).

Valois, Zullig, Hubner e Drane (2003) investigaram relações entre satisfação de vida percebida, percepção do peso corporal e comportamentos de dieta em 5032 adolescentes de escolas públicas na Carolina do Sul, EUA. Os resultados mostraram que a percepção de estar acima ou abaixo do peso, a história de dieta para perder peso, de vômitos ou uso de laxantes e pílulas de dieta estavam significativamente associadas à redução da satisfação de vida. Os autores comprovaram a relação entre qualidade de vida e transtornos alimentares, ou seja, que há uma associação entre insatisfação com a vida e negativa percepção do peso corporal e comportamentos alimentares inadequados. Na mesma linha, uma investigação dinamarquesa com 1671 adolescentes entre 11 e 15 anos constatou que uma dieta saudável estava associada com positiva satisfação de vida (Due, Holstein, Ito & Groth, 1991).

Outro estudo, desenvolvido na Califórnia, EUA, com uma amostra de 1069 mulheres e 963 homens constatou que, para o sexo feminino, tanto a falta de percepção de controle alimentar e quanto um alto índice de massa corporal estavam associadas com a baixa satisfação com a vida. A falta de controle sobre a alimentação foi considerado o maior preditor de baixa satisfação (Greeno, Jackson, Williams & Fortman, 1998).

Doll, Petersen e Stewart-Brown (2005) investigaram a qualidade de vida relacionada à saúde em sujeitos com transtornos alimentares, avaliando o tipo de transtorno, a presença de depressão e de comportamentos de autoflagelo em 1439 estudantes. Das mulheres, 8,9% reportaram história de transtorno alimentar, sendo 3,8% de bulimia nervosa, 1,6% de *binge eating disorder* e 0,5% anorexia nervosa. Indivíduos com transtorno alimentar demonstraram mais prejuízos no bem-estar emocional que no bem-estar físico. Isso foi mais evidente nos sujeitos com bulimia nervosa e *binge eating disorder*. Os participantes com anorexia nervosa sentiam menos limitações emocionais,

mas apresentavam significativamente maiores níveis depressão, comportamentos de autoflagelo e ideação suicida. Como resultado geral, os autores concluem que a história de transtorno alimentar é acompanhada por alterações na qualidade de vida relacionada à saúde, com prejuízos especialmente no bem-estar emocional.

Alguns pesquisadores têm proposto também que afetos negativos estão associados ao *binge eating*. A explicação seria que alguns indivíduos comeriam exageradamente como um esforço de prover conforto ou distração de emoções aversivas (Stice & Agras, 1998). Sintomas depressivos como aumento do apetite, desesperança em relação ao futuro e habilidade de efetivamente transformar uma situação ou ambiente ou sentimentos de falha ou baixa pertença poderiam contribuir para aumentar os episódios de compulsão alimentar (Presnell, Stice & Tristan, 2008).

Finalmente, acredita-se que estudos longitudinais, etiológicos e experimentais são necessários para explicar quando a insatisfação com a vida é uma conseqüência ou determinante nos comportamentos alimentares inapropriados e da percepção negativa da imagem corporal (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003). Além disso, considera-se importante o desenvolvimento de pesquisas que avaliem especificamente a relação entre o bem-estar subjetivo e os transtornos alimentares, até então inexistentes.

1.3.4. Alexitimia

O significado da palavra alexitimia, a partir do grego, é *A* (falta, sem), *lexis* (palavra) e *thimos* (afeto), ou seja, sem palavras para os afetos (Wiethaeuper et al., 2005). A construção deste conceito deu-se a partir da junção de quatro características fundamentais: dificuldade de identificar e descrever sentimentos, dificuldade em distinguir sentimentos de emoções corporais, diminuição da vida imaginativa e do pensamento simbólico e estilo cognitivo predominantemente direcionado para a realidade externa em detrimento da própria subjetividade. Sujeitos alexitímicos não têm, necessariamente, uma ausência de emoções, mas sim uma grande dificuldade de compreender tanto os próprios sentimentos quanto os dos outros (McDougall, 1989). Têm também uma tendência excessiva à “adaptabilidade à realidade”, pouca criatividade, pobreza nos investimentos libidinais (Marty & M’Uzan, 1963), inabilidade para a comunicação por linguagem simbólica e

dificuldade em estabelecer uma conexão de causa e efeito, por exemplo de relacionar fatos estressantes aos sintomas somáticos (Nemiah, 1970).

Sabe-se que etiologia da alexitimia é relacionada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, mas sua natureza específica ainda não foi de todo elucidada. Entretanto, há um consenso entre os pesquisadores de que ela representa um construto multidimensional relativo a um déficit no processamento cognitivo e de regulação das emoções, que se tornam indiferenciadas e pobremente reguladas (Haviland, Shaw, MacMurray & Cummings, 1988). Como consequência, o sujeito tende a responder a situações estressantes e/ou conflituosas através de ações que não são reconhecidas como tendo conteúdo afetivo (Martinez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003).

A maioria dos autores assume a existência de dois tipos de alexitimia: primária e secundária (Campbell, 1996; Taieb et al., 2002). A alexitimia primária corresponde a um traço de personalidade e, assim, tem origem constitucional, sendo considerada como um fator predisponente ao desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos e psiquiátricos. Este traço de personalidade é caracterizado pela dificuldade em identificar o próprio estado emocional, por uma vida de fantasia mínima, pela inabilidade para fantasiar produtivamente e por um foco em interesses externos e somáticos. Já a alexitimia secundária tem relação com traumas ou mecanismos de defesa, com o uso intenso da negação e da repressão de afetos. Neste segundo tipo, a alexitimia não aparece necessariamente ligada a uma psicopatologia, mas serve como uma estratégia de enfrentamento desenvolvida frente a situações conflituosas e difíceis de tolerar. Pode ser considerada como um estado em função de sua natureza transitória ou uma “reação-estado” para os efeitos de doenças físicas sérias, talvez uma defesa contra a depressão ou a dor, ou a ambas (Pardinielli & Rouan, 1998).

Primeiramente acreditava-se que a alexitimia era um fator predisponente para as doenças psicossomáticas. Apenas algum tempo depois surgiu a hipótese de que ela poderia também predispor a sintomas somáticos sem explicação médica, o que hoje é conhecido como “somatização”. Dificuldades na regulação emocional provocariam uma focalização e uma interpretação errônea das sensações corporais, levando à hipocondria e à somatização (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

A partir dos anos 60 e durante os 20 anos seguintes, uma série de pesquisas clínicas apontou, com índices variados, a ocorrência de sintomas de alexitimia tanto em indivíduos normais quanto naqueles acometidos de diferentes distúrbios clínicos e psiquiátricos. Além de ser uma característica de pacientes psicossomáticos (50% dos casos), a alexitimia é freqüente em pacientes com transtornos psíquicos, e tem sido encontrada também em parcela da população geral, atingindo cerca de 10% a 20% de seus membros (Pedinielli & Rouan, 1998).

As investigações na área encontraram índices importantes de alexitimia principalmente relacionados ao abuso de substâncias, depressão, ataques do pânico, personalidade *borderline*, transtornos sociopáticos da personalidade, transtornos somatoformes e transtornos alimentares (Martinez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003). Na década passada, vários estudos já apontavam a associação entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa com a alexitimia (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Schmidt & Treasure, 1993; Rastam, Gillberg, Gillberg & Johanson, 1997) e atualmente tal idéia vem sendo comprovada (Beales & Dolton, 2000; De-Panfilis et al., 2001; Eizaguirre, Cabezón & Alda, 2001, Espina, Ortega, & Ochoa, 2001; Espina, Ortega, Ochoa & Aleman, 2002; Guilbaud et al., 2000).

A elucidação dessa associação pode ser facilitada pelos estudos teóricos de Hilde Bruch, que trouxe importante contribuição para a compreensão de aspectos psicopatológicos comuns na anorexia nervosa. Esta autora propôs que a psicopatologia central da anorexia nervosa compreendia uma constelação específica de deficiências do ego e da personalidade, consistindo em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais e uma sensação paralisante de ineficiência que invadia todo o pensamento e atividades do paciente. Bruch (1973) sugeriu também que a dificuldade de discriminar e expressar sentimentos, assim como para diferenciar emoções e sensações corporais constituíam um déficit central nos transtornos alimentares.

A anorexia nervosa representa, segundo a autora, uma busca desesperada de tomar posseção do próprio corpo e da identidade, bem como uma tentativa frustrada de domínio de quem se sente bastante desamparado. Falceto et al. (1993) descrevem que, diante da impossibilidade de conquistar a autonomia, esses jovens se definem e ganham espaço

dentro de suas famílias através da recusa em alimentar-se. As figuras parentais, muito controladoras e intrusivas, são incapazes de favorecer a autonomia e a expressão de si mesmo aos filhos. Resulta daí uma falta de respostas às necessidades internas, uma grande necessidade de aprovação externa e uma busca de agradar e satisfazer os desejos dos outros em detrimento dos seus (Falceto et al., 1993; Fasolo & Diniz, 1998).

Além disso, nos transtornos alimentares há uma busca por um corpo magro e desnutrido, sem uma avaliação dos riscos para a saúde física e mental deste padrão de beleza imposto pela sociedade. Na anorexia nervosa, por exemplo, a quase totalidade dos pacientes é levada à força ao tratamento (American Psychiatric Association, 2003). Apesar do estado de inanição, esses indivíduos acreditam que os pais e amigos são “ruins” ou “invejosos”, e que estão querendo boicotar a esbelteza que conseguiram com tanto sacrifício. Isso mostra que os anoréxicos estão desconectados de sensações advindas do próprio corpo, que não refletem sobre seus desejos, emoções e pensamentos, tendendo assim a se afastar do corpo real e refletir predominantemente um ideal de cultura. O indivíduo toma como referencial de si o ideal cultural e nega seus sentimentos, sua realidade corporal. Esse desvio lhe garante uma inserção no meio social, mas sob uma força esmagadora da manifestação de sua subjetividade (Tavares, 2003).

Pelo exposto, percebe-se que os pacientes acometidos de transtornos alimentares têm importantes traços alexitímicos. Salienta-se o grave afastamento dos próprios sentimentos e emoções, falta de respostas às necessidades internas e pensamentos voltados ao exterior, alteração primária na constituição da imagem corporal, inadequadamente investida, criando lacunas entre a mente e o corpo (Barros, 1994) e a dificuldade cognitiva para processar e regular emoções (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

No que se refere aos estudos empíricos sobre as duas variáveis, Valois, Zullig, Hubner e Drane (2003) concluíram que se comparados com adolescentes com padrões normais de alimentação, adolescentes com transtornos alimentares tendem a apresentar mais sentimentos de inadequação, ansiedade e disfunção social. Especificamente em relação à anorexia nervosa, Taylor, Parker, Bagby & Bourke (1996) estudaram um grupo de pacientes e encontraram correlação positiva entre a alexitimia e traços psicológicos e cognitivos característicos desses indivíduos, como a ineficácia e o sentimento global de falta de controle sobre si.

A Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) foi aplicada a indivíduos com média de 22 anos de idade que já haviam sofrido previamente de anorexia nervosa e também a membros de um grupo de comparação, recrutados na comunidade. No geral, o grupo com anorexia nervosa apresentou os sujeitos significativamente com os mais altos índices de alexitimia (Rastam, Gillberg, Gillberg & Johansson, 1997). Sexton, Sunday, Hurty e Halmi (1998) controlando a depressão, concluíram que a alexitimia é maior na anorexia restritiva do que em controles e que a dificuldade das anoréxicas em expressar sentimentos é maior do que nas bulímicas e nos controles.

Resultado semelhante foi achado por Guilbaud et al. (2000), que desenvolveram uma pesquisa com o intuito de comparar níveis de depressão e alexitimia em mulheres não hospitalizadas (com o diagnóstico de transtorno alimentar) e mulheres saudáveis. Participaram 32 pacientes com anorexia nervosa, 32 com bulimia nervosa e 74 controles sem os transtornos. A alexitimia foi avaliada através da Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e a depressão pela Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Nas duas escalas foram encontrados escores significativamente mais altos em pacientes anoréxicas do que bulímicas. Além disso, os pacientes acometidos de transtornos alimentares apresentaram índices significativamente maiores de depressão e alexitimia do que os controles.

Outra pesquisa na área teve como primeiro objetivo estabelecer se a alexitimia estava presente na bulimia nervosa (BN), bem como comparar pacientes bulímicos com anoréxicos restritivos (AN/R), anoréxicos bulímicos (AN/BN) e controles normais com respeito à alexitimia. O segundo objetivo foi determinar se a alexitimia nos pacientes com bulimia nervosa deve ser considerada como um estado ou como um traço de personalidade. Participaram da primeira fase da pesquisa 173 pacientes com transtornos alimentares (BN = 93, AN/R = 55, AN/BN = 25) que foram comparados com 95 controles através da Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Para o segundo objetivo foram recrutados 41 pacientes com bulimia nervosa. Todos responderam a TAS-20 antes e depois de 10 semanas de tratamento medicamentoso. A análise dos dados mostrou que pacientes com AN/R apresentaram significativamente mais alexitimia do que os com BN e que os três grupos com transtorno alimentar tiveram significativamente maiores escores de alexitimia do que os controles. Além disso, os escores da TAS-20 antes e depois do tratamento medicamentoso se mostraram estáveis apesar da significativa melhora dos sintomas. Os autores concluem que

os pacientes com transtornos alimentares são consideravelmente mais alexitímicos que os controles normais, que na bulimia nervosa a alexitimia provavelmente pode ser um traço. Sugerem também que a alexitimia deve ser acessada através de tratamento psicológico, com encorajamento das expressões dos sentimentos (Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993). Confirmando esses achados, Bourke Taylor, Parker e Bagby (1992) encontraram que a alexitimia nos transtornos alimentares é um traço de personalidade e não uma consequência da desnutrição ou cronicidade da doença.

Na mesma linha, embora com achados distintos, Beales e Dolton (2000) buscaram analisar traços de personalidade e grau de alexitimia em indivíduos que sofriam de anorexia nervosa e bulimia nervosa e indivíduos recuperados dessas patologias. Para tal, foram enviadas cartas para membros do sexo feminino da Eating Disorders Association, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. A amostra foi composta por 79 mulheres divididas em três grupos: o primeiro e o segundo de pacientes acometidas respectivamente de anorexia nervosa e bulimia nervosa no momento do estudo e o terceiro de pacientes já recuperadas, com base nos critérios estipulados pelo Eating Disorders Inventory (EDI-2). Também foram aplicados o 16PF5 Personality Inventory (16PF5), a Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e um questionário biográfico. Nos três grupos foram encontrados escores altos no 16PF5, especialmente na subescala Apreensão e sensibilidade social, que mede a habilidade de falar sobre sentimentos e fazer confidências, com diferenças significativas nos escores de “solidão”. Na TAS-20, 65% dos anoréxicos e 83% dos bulímicos se mostraram alexitímicos, comparados a 33% do grupo recuperado. Houve também no 16PF5 uma significativa correlação negativa entre alexitimia e habilidades sociais, como “expressividade social e emocional”. Os resultados confirmam a presença de alexitimia em indivíduos com transtorno alimentar, com índices especialmente graves no momento da doença.

Com o objetivo de elucidar a relação entre alexitimia e imagem corporal em pacientes com *binge eating disorder* (BED), Carano et al. (2006) avaliaram 101 pacientes com este transtorno. A alexitimia foi mensurada pela Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e a severidade do BED foi medida pela Binge Eating Scale (BES). Preocupações com o peso foram acessadas com o Body Shape Questionnaire-Short Version (BSQ-S), o Body Uneasiness Test (BUT) e o Body Attitude Test (BAT). Medidas adicionais foram obtidas

pela Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) e pelo Beck Depression Inventory (BDI). A prevalência de alexitimia foi de 39.6% (n = 40) e indivíduos alexitímicos mostraram escores mais altos em todos os instrumentos. Alta insatisfação com o corpo, baixa auto-estima, sintomas depressivos e subescalas da TAS-20 – Dificuldade em identificar sentimentos e Dificuldade em descrever sentimentos foram preditores da severidade do BED na análise de regressão. A conclusão dos autores é de que a alexitimia estava associada com maior severidade no BED. Ademais, indivíduos com alexitimia e BED exibiram significativamente mais pobre avaliação da aparência e insatisfação corporal, bem como mais sintomas depressivos que indivíduos sem alexitimia.

O estudo de De Berardis et al. (2007) visou a avaliar, em uma amostra não-clínica de universitárias, as relações entre alexitimia, checagem do corpo e imagem corporal, identificando fatores preditivos associados com o possível risco de desenvolver um transtorno alimentar. A amostra foi composta por 254 mulheres, que responderam à Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Body Checking Questionnaire (BCQ), Eating Attitudes Test (EAT-26), Body Shape Questionnaire (BSQ), Interaction Anxiousness Scale (IAS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) e ao Beck Depression Inventory (BDI). A análise dos dados mostrou que as alexitímicas tinham mais comportamentos de checagem do corpo e maior insatisfação com o corpo do que as não alexitímicas. Além disso, as alexitímicas também apresentaram um maior potencial para o desenvolvimento de transtornos alimentares (maiores escores no EAT-26) quando comparadas com as não alexitímicas. Dificuldades em identificar e descrever sentimentos (subescalas da TAS-20), altos escores nas subescalas Aparência geral e Partes específicas do corpo do BCQ bem como baixa auto-estima estavam associados com maior risco de transtorno alimentar. Assim, a combinação de alexitimia, baixa auto-estima, comportamentos de checagem do corpo e insatisfação corporal podem ser fatores de risco para sintomas de transtornos alimentares em universitárias.

Finalmente, destaca-se a relação das famílias de pacientes com transtornos alimentares e a presença de alexitimia em seus membros. A Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) foi aplicada em 64 famílias com uma filha com transtorno alimentar e em um grupo controle, formado por 55 mulheres jovens e seus pais e mães com similares características sociodemográficas. Foi constatado que as filhas com transtorno alimentar

apresentaram pontuações maiores na TAS-20 do que o grupo controle e que a alexitimia das filhas está associada positivamente à de seus pais e mães. Com base nesses dados, os pesquisadores concluíram que a alexitimia parece ser uma característica das famílias com transtornos alimentares (Eizaguirre, Cabezón & Alda, 2001).

1.4. Transtornos alimentares: fatores de risco biológicos, neuropsicológicos, genéticos e familiares

Embora não seja o foco deste estudo, considera-se importante descrever brevemente a influência dos fatores biológicos, neuropsicológicos, genéticos e familiares no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. Em relação aos aspectos biológicos, ainda há poucos estudos conclusivos. Uma das hipóteses que tem sido investigada se refere à possível disfunção do sistema nervoso central, mais especificamente à existência de déficits cognitivos associados (Duchesne et al., 2004).

Outra tese explorada atualmente é a de alterações em vias noradrenérgicas e da serotonina (5-HT) nas patologias do comportamento alimentar. Essas alterações seriam um fator predisponente por meio de ações no humor, controle dos impulsos, obsessividade, regulação de fome e saciedade. Alguns achados confirmam essa hipótese: diminuição da responsividade do receptor pós-sináptico de serotonina, achatamento da produção de prolactina após estimulação por agentes serotoninérgicos e controle parcial dos episódios bulímicos por agentes facilitadores da transmissão da serotonina (Bacaltchuk, Hay & Mari, 2000). Todavia, mais pesquisas na área são necessárias para um maior aprofundamento e consistência dos resultados.

Os resultados de avaliações neuropsicológicas apontam déficits de atenção, déficits viso-espaciais e de viso-construção em pacientes acometidas de anorexia nervosa e déficits de atenção seletiva e das funções executivas em pacientes bulímicas (Duchesne et al., 2004). Ressalta-se a dificuldade em afirmar se tais alterações cognitivas já estavam presentes antes da instalação da enfermidade ou se são uma das conseqüências desta (Hercovici & Bay, 1997).

Em relação aos aspectos genéticos dos transtornos alimentares, a evidência mais consistente está baseada na concordância para anorexia em gêmeos monozigotos entre 35 e

50% e entre os dizigotos entre 10 e 17% (Cordás & Busse, 1995). É importante salientar também que a prevalência de anorexia nervosa entre irmãs é de três a 10%, índices que excedem as expectativas normais. Além disso, parentes de primeiro grau de indivíduos acometidos de transtornos alimentares apresentam um risco maior de desenvolver essas doenças (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000). Calcula-se que parentes em primeiro grau de pacientes anoréxicos têm 11 vezes mais chance de desenvolver o transtorno do que parentes de indivíduos saudáveis. Já na bulimia nervosa esse risco é quatro vezes maior (Strober et al., 2000).

Quanto aos aspectos familiares, observa-se uma série de padrões disfuncionais de interação como dificuldades na comunicação, baixa auto-estima e integração entre os membros, papéis inadequados, baixa tolerância a conflitos e relações conjugais insatisfatórias (Bruch, 1973; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Oliveira, 2004; Sanchez, 2006). A literatura também descreve ambientes familiares típicos em cada transtorno: de coesão intensa para os pacientes com anorexia nervosa, desengajamento em pacientes bulímicos e desengajamento grave em pacientes com *binge eating disorder* (Morgan et al., 2002). Assim, frente à complexidade destas patologias, considera-se importante salientar, mesmo que brevemente, que o tratamento deve ser conduzido por uma equipe interdisciplinar (Antunes et al., 2006; Deiro, 2009; Duchesne & Appolinário, 2001).

1.5. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares no Brasil

Em função de sua gravidade, é fundamental que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa sejam diagnosticadas precocemente. Ainda hoje são poucos os instrumentos desenvolvidos especificamente para avaliar transtornos alimentares, sendo que a maioria ainda não é validada no Brasil. Magalhães, Gulnar e Mendonça (2005) enfatizam a importância de estudos nacionais sobre a validade e confiabilidade dos questionários para rastreamento de transtornos alimentares.

Além dos instrumentos que visam ao rastreamento de sintomas e de possíveis doentes, também é necessário o desenvolvimento de outros que investiguem aspectos centrais na gênese e manutenção dos transtornos alimentares como as comorbidades, imagem corporal, qualidade de vida e ajustamento social (Freitas, Gorenstein & Apolinario,

2002). A seguir, apresenta-se um breve resumo dos instrumentos validados ou atualmente em processo de validação no Brasil:

Body Shape Questionnaire (BSQ) – (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). Questionário de Imagem Corporal. Investiga imagem corporal, preocupações exageradas com a forma do corpo e auto-depreciação. Já há uma versão em português do instrumento (Cordás, 2000).

Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) – (Henderson & Freeman, 1987). Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgh. Avalia hábitos alimentares e investiga comportamentos bulímicos. Já foi traduzido para o português e atualmente está em processo de validação (Cordás & Hochgraf, 1993).

Eating Attitudes Test (EAT-26) - (Garner & Garfinkel, 1979). Foi traduzido para o Brasil por Nunes et al. (1994) e é muito utilizado em pesquisas e na clínica. O Teste das Atitudes Alimentares fornece índices sobre a gravidade das preocupações com o peso, dieta e outros sintomas característicos dos transtornos alimentares.

Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP-R) – (Spitzer et al., 1992). Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso. Proporciona a investigação de aspectos como: perda de controle alimentar, métodos inadequados de controle do peso, histórico de peso e dieta e grau de preocupação o corpo. Há uma versão em português que está em processo de validação (Morgan, Borges & Jorge, 1998).

Sessão de Transtornos Alimentares do Development and Well-Being Assessment (DAWBA) (Goodman et al., 2000) – Validado no Brasil por Moya et al. (2005). Essa sessão é um pacote de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, desenvolvido para gerar diagnósticos baseados no DSM-IV e CID-10 de anorexia nervosa, bulimia nervosa e síndromes parciais em pesquisas epidemiológicas. O instrumento investiga aspectos como distorção da imagem corporal, peso e altura, medo de ganhar peso, comportamentos dirigidos para a perda de peso, presença e frequência de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios, sintomas menstruais e o impacto de sintomas no bem-estar e no funcionamento social.

A partir desta breve revisão da literatura pode-se constatar que os transtornos alimentares são patologias complexas, de etiologia multifatorial e que acometem um

número cada vez maior de jovens. Dessa forma, necessita-se de mais pesquisas na área, especialmente desenvolvidas no Brasil. Pretende-se, no presente trabalho, realizar dois estudos, que serão descritos a seguir.

CAPÍTULO II

ESTUDO I. Fatores de risco culturais para o desenvolvimento dos transtornos alimentares: variáveis regionais, socioeconômicas e raciais.

2.1. Justificativa do estudo

Um fator importante que justifica a realização do presente estudo é que a preocupação com o controle de peso e a busca da esbelteza têm sido consideradas epidemias nas últimas décadas. A esses fatos está associado um aumento significativo dos índices de transtornos alimentares, especialmente entre mulheres jovens (Dunker & Philippi, 2003). Consideram-se fundamentais mais investigações sobre os diversos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares relacionados à cultura. No presente estudo, destacam-se os aspectos regionais, socioeconômicos e raciais.

Os estudos culturais são importantes na medida em que, atualmente, há evidências de que essas patologias são encontradas em todo o globo. A idéia de que os transtornos alimentares são síndromes ligadas à cultura, mais especificamente ao mundo ocidental, às classes econômicas mais abastadas e a mulheres de identidade racial branca vêm sendo alguns dos pontos centrais da discussão sobre os aspectos socioculturais destas enfermidades.

Nesse sentido, há contradições nos estudos com relação à prevalência de transtornos alimentares em mulheres caucasianas de classe socioeconômica alta (Abood & Chandler, 1997; Chen & Swalm, 1998; Davis & Yager, 1992; Fernandes, 2007; Field, Colditz & Peterson, 1997; Fonseca, Ireland & Resnick, 2002; Ghazal, Agoub, Moussaoui & Battas, 2001; Grange, Stone & Brownell, 1998; Nasser, 1998; Smith, Thompson, Raczemsky & Hilner, 1999; Soh, Touyz & Surgenor, 2006; Vilela et al., 2004).

Assim, considera-se fundamental a pesquisa sobre a relação entre a sociedade, cultura, raça, classe socioeconômica e da mídia e o desenvolvimento dessas desordens. Com isso, será possível compreender com mais clareza tais associações e assim, alertar a sociedade em geral dos perigos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa e desenvolver programas de prevenção junto aos grupos de risco.

2.2. Objetivos

Objetivo geral

Investigar fatores de risco culturais para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Objetivos específicos

Comparar o índice de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares nos jovens do gênero masculino e feminino.

Comparar o índice de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens de municípios do interior e da capital do Rio Grande do Sul.

Comparar o índice de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens de condição socioeconômicas diferentes.

Comparar o índice de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens com identidade racial branca com aqueles de identidade racial parda e negra.

2.3. Questões de pesquisa

Jovens do gênero feminino apresentam maiores índices de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares do que jovens do gênero masculino?

Jovens da capital do Estado apresentam maiores índices de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares do que jovens dos municípios do interior?

Jovens de condição socioeconômica alta apresentam maiores índices de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares do que jovens de condição socioeconômica baixa?

Jovens com identidade racial branca apresentam maiores índices de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares do que jovens com identidade racial parda ou negra?

2.4. Método

2.4.1. Participantes e procedimentos

Participaram do estudo 593 estudantes com idades entre 11 e 30 anos ($m=16$, $dp=3,94$). A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por alunos de escolas públicas, particulares e universidades do estado do Rio Grande do Sul (capital e alguns municípios do interior). Os universitários eram estudantes dos cursos de Biblioteconomia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Jornalismo e Psicologia.

Em relação à cidade onde residiam, 22,5% ($n=134$) foi composta por moradores da capital e 77,4% ($n=459$) do interior, sendo 26,6% ($n=154$) de Pelotas, 46,8% ($n=278$) de Camaquã e 4,5% ($n=27$) de outras localidades¹. Quanto ao gênero, 44,8% ($n=296$) eram homens e 55,2% ($n=327$) eram mulheres, e quanto à identidade racial, 7,7% ($n=45$) se descreveram como negros, 10,3% ($n=60$) como pardos, 79,7% ($n=466$) como brancos e, 2,4% ($n=14$) como “outro”.

No que se refere à escolaridade dos participantes, 1% ($n=6$) freqüentava da primeira à quinta série do ensino fundamental, 28,1% ($n=166$) da sexta até a oitava, 46% ($n=272$) cursava o ensino médio, 24,7% ($n=146$) o ensino superior e 0,2% ($n=1$) tinha o ensino superior completo. Em relação ao status socioeconômico, 27,3% ($n=156$) da amostra

¹ Porto Alegre é a capital do Rio Grande do Sul e tem aproximadamente 1.500.000 habitantes. Pelotas é uma cidade de médio porte localizada a 250 km de Porto Alegre, com 350.000 habitantes. Entre Porto Alegre e Pelotas está o município de Camaquã (a 127 km da capital), de pequeno porte, com 63.000 habitantes.

pertencia à classe A, 40,1% (n=229) à classe B, 23,3% (n=133) à classe C, 8,9% (n=51) à classe D e 0,4% (n=2) à classe E.

Neste trabalho os cuidados éticos referentes à conduta ética na pesquisa com seres humanos foram considerados, atendendo à Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (ANEXO A).

Após a aprovação pelo Comitê (Protocolo Nº 019/2008) as instituições de ensino foram contatadas. Os responsáveis pelas instituições participantes assinaram o Termo de Concordância da Instituição (ANEXO B). Foram oferecidos palestras ou cursos sobre transtornos alimentares, tanto para o corpo discente quanto docente. As palestras para os alunos teriam um caráter informativo e preventivo e seriam realizadas após a coleta de dados. Já para os professores a atividade teria como objetivo o aprofundamento do conhecimento dos transtornos alimentares, formas de prevenção e manejo em sala de aula, caso fossem identificados estudantes com sintomas das doenças. Também foi oferecido, após identificação individual dos casos, encaminhamento àqueles alunos que apresentaram alta pontuação no Teste das Atitudes Alimentares, ou seja, índices significativos de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Se forem menores, os pais serão chamados para conversar com a pesquisadora.

A aplicação dos instrumentos (apresentados posteriormente) foi realizada em um período de aula cedida por professores das instituições. Os primeiros minutos do encontro consistiam na apresentação da(s) pesquisadora(s), com o objetivo de estabelecer o *rappor*t e um clima agradável. Em seguida, era enfatizada a importância da participação dos alunos na pesquisa, agradecendo-se a disponibilidade e contribuição. Era explicado brevemente então o objetivo do estudo, sua relevância e quais os procedimentos que seriam seguidos. Era informado também um telefone/e-mail de contato para aqueles que tivessem interesse em saber seu desempenho nos instrumentos. Após a comunicação de alguns elementos básicos de informação, como descrição dos possíveis desconfortos, além do oferecimento para responder a qualquer dúvida e instrução de que será possível interromper a participação a qualquer momento, os participantes assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Nachimias & Nachimias, 1996) (ANEXO C). Para os alunos menores de 18 anos, foi solicitado que levassem o Termo para que o seu responsável

assinasse e permitisse sua participação na pesquisa (ANEXO D). Posteriormente, os instrumentos eleitos para o estudo passavam a ser aplicados.

2.4.2. Instrumentos

Teste das Atitudes Alimentares (Garner & Garfinkel, 1979) (ANEXO E). Na década de 70, em função do aumento do número de casos de transtornos alimentares, os especialistas passaram a buscar formas de prevenir ou identificar essas patologias em sua fase inicial. Um dos instrumentos que passaram a auxiliar na triagem de possíveis doentes foi o Eating Attitudes Test (EAT-26).

Elaborado em 1979, era composto de 40 itens e tinha o objetivo de diagnosticar a anorexia nervosa, assim como a evolução dos sintomas. Todavia, verificou-se não ser possível fazer o diagnóstico através do instrumento. Mas foi constatado que o teste servia para a detecção de casos clínicos em populações de alto risco e na identificação de preocupações anormais relacionados ao peso e à alimentação. Alguns anos depois, os autores agruparam os itens em três fatores. Aqueles que não podiam ser agrupados foram descartados e os que permaneceram formaram a nova escala com 26 itens (Nunes et al., 1994).

Os itens abordam questões relacionadas à realização de dietas, comportamentos bulímicos, preocupação com a alimentação e controle oral. Através de três subescalas (Controle oral, Realização de dietas e Bulimia e preocupação com a comida), permite a mensuração de sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. O Fator Controle Oral indica o grau de autocontrole sobre os alimentos e a consciência da pressão social para ganhar peso. O Fator Realização de Dietas se refere à evitação disfuncional de alimentos calóricos e à preocupação com as formas corporais. Além disso, está relacionado a uma série de parâmetros da imagem corporal. Já o Fator Bulimia se refere a distúrbios da imagem corporal, comportamentos bulímicos e aumento do peso.

As respostas são dadas através de uma escala Likert de seis pontos, que vai de “nunca” a “sempre”, de acordo com a concordância com o item. Os resultados podem

variar de zero a 78 pontos e considera-se a pontuação igual ou maior que 20 como sugestiva de transtorno alimentar e, menor de 20, ausência do transtorno.

O Teste das Atitudes Alimentares tem como vantagens a objetividade, o tempo curto de aplicação e o levantamento simples dos resultados. Além disso, tem boas propriedades psicométricas, (coeficiente Alpha=83) (Koslowisky et al., 1992), ($r=0,87$ $p>0,01$) (Garner & Garfinkel, 1979) e permite respostas sem constrangimento como em uma entrevista realizada frente a frente (Magalhães, Gulnar & Mendonça, 2005).

O instrumento já foi traduzido, no mínimo, para sete línguas e é provavelmente o mais popular para a detecção de sintomas de transtornos alimentares (Mintz & O'Halloran, 2000). Também possibilita comparações transculturais em relação às condutas alimentares das populações estudadas. Entretanto, por causa da grande variabilidade de valores, para se obter resultados mais adequados, o instrumento deve sempre ser adaptado às atitudes e hábitos dos diversos grupos culturais (Ortega et al., 1995).

No Brasil o teste foi traduzido e adaptado por Nunes et al. (1994). O estudo de Magalhães, Gulnar e Mendonça (2005), que teve como objetivo avaliar a confiabilidade da versão brasileira de questionários preenchíveis sobre transtornos alimentares em universitárias encontrou boa confiabilidade dos escores globais do EAT ($K=0,81$), o que sugere boa reprodutibilidade das aferições para esta população.

Questionário de Dados Sociodemográficos (ANEXO F). Este instrumento compreendeu informações como identidade racial, escolaridade, dados socioeconômicos e demográficos dos participantes, com base no manual Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) somados a outros itens necessários ao presente estudo (idade, sexo, identidade racial, cidade/bairro). O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas socioeconomicamente mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados “itens de conforto”, tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item, em vez de simplesmente atribuírem-se pontos conforme a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada nas classes A, B, C, D ou E.

2.4.3. Análise dos Dados

Os dados colhidos foram tabulados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. Para a análise do Teste das Atitudes Alimentares foi realizada uma análise de frequência. Testes paramétricos não foram utilizados, uma vez que os dados não satisfizeram as condições necessárias para seu uso. Após realizar os testes de normalidade e verificar uma distribuição não normal do EAT-26 ($z=8,62$, $p<0,01$) optou-se pelos testes não paramétricos.

Assim, para as variáveis binárias utilizou-se o teste Mann-Whitney com o objetivo de avaliar a diferença estatística significativa entre as médias dos postos de duas condições (interior-capital, brancos- não brancos) e o teste de Kruskal-Wallis para a análise da relação do EAT-26 com a classe socioeconômica (A, B, C, D+E). Juntaram-se as classes D e E em função do baixo número de casos em cada grupo. Um $p<0,05$ foi adotado como nível de significância crítico.

2.4.4. Resultados e discussão

2.4.4.1. Teste das Atitudes Alimentares

No Teste das Atitudes Alimentares foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,76. Os escores resultantes da escala tiveram variação entre 0 e 57 pontos ($m=9,2$; $dp=7,59$) (Figura 1), sendo que 17% dos participantes apresentaram positividade (= ou > 20 pontos), ou seja comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: 15% dos homens e 19% das mulheres (Tabela 1).

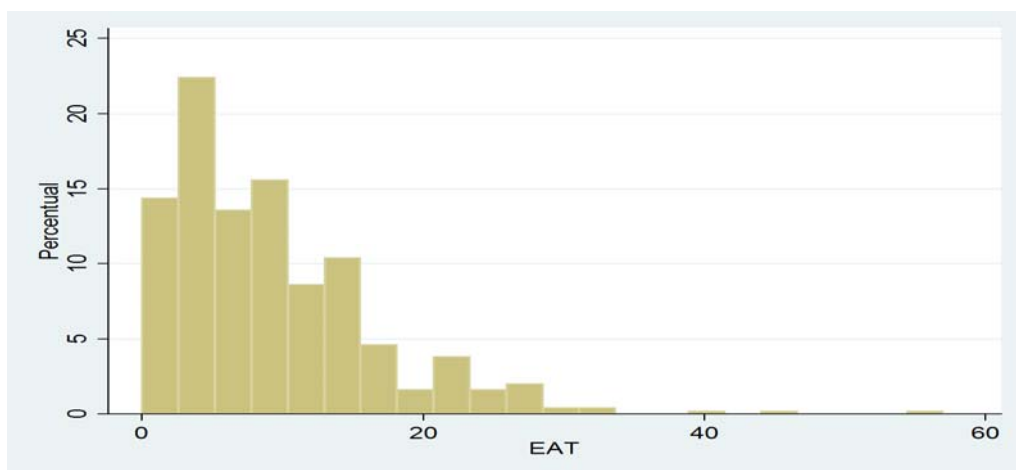


Figura 1. *Distribuição de Comportamentos de Risco para o Desenvolvimento de Transtornos Alimentares.*

Tabela 1. *Frequência de Comportamentos de Risco para o Desenvolvimento de Transtornos Alimentares por Gênero*

	Homens		Mulheres	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
EAT<20	209	84,96	244	81,06
EAT≥20	37	15,04	57	18,94
Total	246	100	301	100

Consideram-se os achados no EAT preocupantes. Levando em conta os números “baixos” de transtornos alimentares na população geral (Power, Power & Canadas, 2008), a frequência de comportamentos de risco encontrada (17%) é alta e digna de atenção dos profissionais das mais diversas áreas e da sociedade como um todo.

Os resultados de outras pesquisas que utilizaram este instrumento são bastante variados, mas também apresentam números altos. Compilando trabalhos internacionais realizados entre a população estudantil, Barros e Naara (1999) verificaram que a positividade do EAT-26 (ou EAT+) variou de 4,5% a 27%. Entre os diversos estudos, nos Estados Unidos, por exemplo, em investigação com jovens do sexo feminino foram constatados comportamentos de risco em 20% das participantes (Castro & Goldstein, 1995). No Paquistão encontrou-se uma média de 11,1% de positividade em meninas escolares (Choudry & Mumford, 1992) e em estudo suíço com estudantes entre 14 e 19

anos de idade encontrou-se 8,3% de EAT + para o sexo feminino (Buddeberg-Fischer et al., 1996). Já na Espanha, 16,3% das adolescentes da mesma faixa etária apresentavam comportamentos de risco (Ballester et al., 2000).

No Brasil, os resultados obtidos, as metodologias utilizadas e as diferentes populações investigadas podem ser responsáveis pela diversidade dos resultados. Na cidade de Porto Alegre o índice de positividade de estudantes de nível médio foi de 14,4% (Nunes et al., 2003). No mesmo município, 11,6% alunos com idades entre 11 e 19 anos de idade de uma escola pública tiveram escore positivo no instrumento (Nunes et al., 1994). No Estado de Minas Gerais, estudo desenvolvido em escolas públicas teve como resultado 13,3% de EAT + (Vilela et al., 2004), enquanto que em São Paulo 12% dos alunos de uma escola estadual apresentaram comportamentos de risco (Chiodini & Oliveira, 2003).

Outras investigações nacionais se dedicam especificamente à verificação de comportamentos de risco em universitários, como a desenvolvida em Minas Gerais por Santos, Meneguci e Mendonça (2008), que constatou 13,4% de positividade no sexo feminino. No Paraná, 23,6% das estudantes mulheres de uma instituição de ensino superior privada tinham EAT + (Fernandes, Rodrigues, Nozaki & Marcon, 2007).

Todavia, a maior parte das pesquisas tem como população-alvo alunas do curso de Nutrição, que geralmente são, em comparação com outras áreas, as que mais apresentam sintomas alimentares. Nesta linha, no Rio de Janeiro foi encontrado 14% de positividade em alunas de graduação em Nutrição (Bosi et al., 2006), enquanto que em Minas Gerais esse número foi de 29,6% (Stracieri & Oliveira, 2008), em Santo André, SP, de 14,1% (Gonçalves, Barbosa, Rosa & Magna, 2008) e em Pelotas, RS, de 12,5% (Ladeira, Andersson, Antunes & Almeida, 2008).

É possível observar que a maioria das investigações que utilizam o EAT-26 se dedica ao estudo dos comportamentos de risco em mulheres. A decisão de incluir a variável gênero neste trabalho se deveu principalmente a este fato. Apesar do crescente número de estudos publicados sobre o tema nas últimas décadas, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa em homens permanecem pouco compreendidas e estudadas. A baixa frequência dessas patologias no sexo masculino contribuiu para que esses casos fossem por diversas vezes menosprezados e até mesmo ignorados, chegando-se inclusive à crença de que homens não sofrem desses distúrbios (American Psychiatric Association, 2000). A falta de

familiaridade de profissionais de saúde com o assunto tem dificultado o diagnóstico, atrasado o tratamento e, conseqüentemente, aumentado o risco de complicações clínicas dos transtornos alimentares em pacientes masculinos (Melin & Araújo, 2002).

Assim, não se sabe com precisão a taxa de transtornos alimentares nos homens. Sabe-se, porém, que essas doenças apresentam uma distribuição assimétrica quanto ao gênero (cerca de 95% de mulheres) como outras poucas patologias psiquiátricas (American Psychiatric Association, 2003). No estudo de revisão de literatura de Makino, Tsuboi e Dennerstein (2004), nos 11 países averiguados as mulheres tinham maiores índices de transtornos alimentares do que os homens. A literatura descreve que esta diferença no número de casos entre os gêneros pode estar relacionada a fatores socioculturais, biológicos, bem como ao pouco interesse dado, no passado, ao estudo destes transtornos na população masculina (Melin & Araújo, 2002).

Uma das hipóteses mais aceitas para a maior prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa no sexo feminino é que os homens não sofrem tanta pressão social para a magreza e beleza e costumam aceitar com mais facilidade a sua imagem corporal (Graham, Eich, Kepphart & Peterson, 2000; Ladeira, Andersson, Antunes & Almeida, 2008). Há um consenso de que a satisfação com a imagem corporal feminina é pior que a masculina (Ostovich & Rozin, 2004) e que os homens percebem seus corpos com menos distorção (Woodside et al., 2001)

Uma série de estudos confirma a diferença entre os gêneros no que se refere aos transtornos alimentares. Em Porto Alegre, por exemplo, Barros e Nahra (1999) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a ocorrência de padrão alimentar anormal em adolescentes. A amostra foi composta por 806 alunos de duas escolas do Ensino Médio, sendo 367 do sexo feminino e 439 do sexo masculino, com idades entre 14 a 20 anos. O instrumento utilizado foi o EAT-26. As mulheres apresentaram índices de positividade quase cinco vezes superior ao dos homens. Já na Espanha, Ballester et al. (2000) avaliaram 1025 adolescentes com a mesma escala. Foi encontrado EAT+ em 16,3% das meninas e em apenas 0.4% dos meninos.

Entretanto, no presente trabalho, a diferença entre os gêneros foi menor. A positividade nos homens (15%) é alta e até mesmo maior do que a encontrada nas mulheres em outras pesquisas nacionais (Nunes et al., 1994; Nunes et al., 2003). No estudo

americano de Emmons (1992), já descrito anteriormente, os resultados referentes aos alunos do sexo masculino também são preocupantes. Dos meninos, 41,5% realizava dietas como método de emagrecimento. Desses, um quarto jejuava durante um dia ao menos uma vez por semana. Segundo a autora, esses números são significativamente maiores que os realizados anteriormente por ela, que apontavam a realização de dietas no máximo em 24% dos adolescentes do sexo masculino de escolas de ensino médio.

Pode-se relacionar esse aumento dos comportamentos de risco nos meninos às transformações culturais da atualidade. Para os homens há também padrões socioculturais impostos: de um corpo forte e definido (Morrison, Kalin & Morrison, 2004). A dieta e outros comportamentos de risco são adotados por eles como uma forma de se adaptar a esse modelo de beleza, onde a gordura não é permitida.

Constata-se então que a insatisfação corporal é um problema que afeta ambos os sexos, embora de formas diferentes (Kostanski, Fischer & Guallane, 2004). Há uma subestimação da própria condição física nos homens e a superestimação nas mulheres (Vilela et al., 2001), ou seja, as meninas desejam ser mais esbeltas e os meninos ter corpos mais musculosos (Pinheiro & Giugliani, 2006).

Essa distorção está comumente associada à anorexia nervosa e bulimia nervosa nas mulheres e à vigorexia nos homens (Saikali, Soubilla, Scalfaro & Cordas, 2004). A vigorexia ou transtorno dismórfico muscular é a distorção da imagem corporal de maneira inversa. Os vigoréxicos se percebem como fracos e com pouca massa muscular embora estejam exageradamente fortes e musculosos. Assim como nos transtornos alimentares predominantemente femininos, esses indivíduos apresentam um medo intenso da gordura (Melin & Araújo, 2002). Para conquistarem a forma desejada frequentemente fazem uso de suplementos alimentares, anabolizantes e dietas hiperproteicas e realizam atividades físicas em excesso (Leone, Sedory & Gray, 2005).

Ainda em relação ao Teste das Atitudes Alimentares, Barros e Naara (1999) ressaltam que por este ser um questionário auto-aplicável e de autorelato, a possibilidade de falso-negativo e falso-positivo não pode ser descartada e deve ser levada em conta no momento da interpretação dos dados. Concorde-se com essa afirmação e questionam-se os dados encontrados com este instrumento no presente estudo. Chamou a atenção da pesquisadora, durante a coleta, que em quase todas as turmas pelo menos uma menina se

recusava a responder ou afirmava que o seu responsável não havia autorizado sua participação no estudo. Percebeu-se que essas jovens eram extremamente magras ou tinham o peso elevado, o que pode estar relacionado à realização de dietas restritivas, compulsão alimentar ou até mesmo presença de casos de anorexia nervosa e bulimia nervosa. Assim, acredita-se que mais adolescentes podem estar em risco do que foi constatado neste trabalho.

2.4.4.2. Variáveis regionais

Em relação aos aspectos regionais, a maior parte das investigações demonstra uma maior ocorrência de casos de transtornos alimentares nas grandes metrópolis do que no interior ou nas zonas rurais. A explicação para tal seria que o ideal da magreza é mais almejado e seguido em sociedades industrializadas (American Psychiatric Association, 2003). Já nas áreas menos urbanizadas as tradições culturais estariam preservadas e o novo padrão de beleza não seria tão central para as adolescentes (Littlewood, 2004).

Porém, no presente estudo foi encontrado um número significativamente maior de EAT + nos municípios do interior do que na capital ($U=2,28$, $p=0,02$) (Tabela 2).

Tabela 2. *Médias de EAT+ no Interior e Capital*

Região	Média	Desvio Padrão	Frequência	Normalidade (Shapiro- Wilk)	Mann- Whitney
Interior	9,4	7,58	402	7,89* (0,00)	2,28 (0,02)
Capital	7,5	6,56	90	5,81 (0,00)	
Total	9,0	7,43	492		

Nota: $p (>0,01)$

Acredita-se que esses achados possam estar relacionados à globalização. O incremento da tecnologia, a revolução dos meios de comunicação e de transportes trouxe uma aproximação dos diferentes contextos sociais, fazendo com que os comportamentos de uma sociedade sejam adotados pelas demais (Andrade & Bosi, 2003). Essa cultura em

massa interfere na construção da visão de mundo do indivíduo e da sua identidade (Kellner, 2001) e ameaça a noção de identidade regional ou nacional, o que pode dar origem a um sentimento de confusão cultural e levar à busca da afirmação da identidade individual através de comportamentos patológicos (Lee & Lee, 2000). Pode-se pensar, neste sentido, que jovens de cidades menores, como Camaquã, têm acesso ao mesmo padrão de beleza que aquelas de Porto Alegre.

Alguns pesquisadores na área já trazem achados semelhantes e concordam que os transtornos alimentares afetam diferentes regiões culturais em função da globalização (Fonseca, Ireland & Resnick, 2002; Negrão & Cordás, 1996). Estudos brasileiros atuais encontraram, em cidades pequenas, números semelhantes aos de cidades maiores, contradizendo a idéia de que quanto maior o índice de urbanização, maiores são os índices de anorexia nervosa e bulimia nervosa (Gonçalves, Barbosa, Rosa & Magna, 2008; Reato et al., 2007; Vilela et al., 2004).

No contexto internacional, Nadaoka et al. (1996) constataram que a maioria dos pacientes japoneses com transtorno alimentar eram de cidades de médio porte, com população de 60.000 to 250.000 habitantes. Em uma pequena cidade rural da Itália, a ocorrência anorexia nervosa era semelhante às metrópoles e áreas urbanizadas (Rathner & Messner, 1993). Já em uma área não urbana do Estado do México foram encontradas entre as adolescentes elevadas frequências de perigosos comportamentos alimentares, maiores do que as encontradas na cidade do México (Bojorquez & Unikel, 2004).

Partindo da hipótese de que as crianças que vivem em municípios pequenos ou em zona rural estariam mais satisfeitas com os seus corpos, por serem menos pressionadas a adotarem os estereótipos atuais de beleza, Triches e Giugliani (2007) avaliaram a prevalência de insatisfação corporal e fatores associados em escolares de dois municípios de pequeno porte no Sul do Brasil. A primeira cidade era composta praticamente de área urbanizada, enquanto a segunda, ao contrário, de área rural. As autoras concluem que altos índices de insatisfação com o corpo, principalmente o desejo de uma silhueta menor também são observados em pré-adolescentes de cidades do interior, especialmente daquelas urbanizadas.

Reforça-se, então, a idéia exposta de que as adolescentes de Pelotas e de Camaquã, por serem áreas urbanizadas, estariam expostas às mesmas pressões sociais daquelas

residentes na capital. Em relação ao maior número de casos ter sido encontrado no interior, pode-se pensar que nas grandes cidades há inúmeros e diferentes grupos e oportunidades culturais e sociais. Os adolescentes podem escolher entre vários modelos de identificação, enquanto que nas cidades menores há menos opções, menos diversidade e uma necessidade de enquadramento em um único padrão idealizado e imposto hoje em dia pela mídia.

Mas em função do pequeno número de estudos sobre o tema, apenas inferências podem ser feitas. Salienta-se o caráter exploratório do presente trabalho e a necessidade de novas investigações, especialmente brasileiras, sobre a ocorrência de transtornos alimentares nas áreas rurais e cidades de pequeno porte.

2.4.4.3. Variáveis socioeconômicas

No que tange à relação dos transtornos alimentares com o nível socioeconômico, algumas pesquisas vêm apontando uma associação entre o poder econômico e essas patologias. Neste sentido, ao examinar um mapa mundial que classifica os países pelo PIB per capita, verifica-se nas zonas onde o PIB é alto está documentado um maior número de casos (Lee & Lee, 2000).

Além disso, a concepção tradicional de que esses pacientes pertencem a famílias de alto poder aquisitivo (Busse & Silva, 2004) é constatada em uma série de pesquisadores (Chiodini & Oliveira, 2003; Ogden & Thomas, 1999; Rastam, Gillberg & Garton, 1989). Indivíduos de classes sociais mais abastadas apresentariam mais atitudes e comportamentos alimentares inadequados (Lesar, Arnow, Stice & Agras, 2000) e maior incidência de preocupação com a forma física (Le Grange, Tibbs & Selibowitz, 1995). A justificativa para tal seria que jovens de nível socioeconômico médio e baixo, se comparados com aqueles de nível alto são menos influenciados por fatores como a família e os meios de comunicação no que se refere à beleza (Wang et al., 2005).

Entretanto, neste estudo não foi encontrada diferença significativa entre as classes ($\chi^2=0,27$ p= 0,96) (Tabela 3). Pelo contrário, houve uma tendência das classes sociais mais baixas apresentarem mais comportamentos de risco do que a classe mais alta.

Tabela 3. Médias de EAT+ por Classe Social

Classe social	Média	Desvio Padrão	Frequência	Normalidade (Shapiro- Wilk)	Kruskal- Wallis [$\chi^2(3)$]
					0,27
A	9,2	7,75	153	6,51 (0,00)	(0,96)
B	8,7	6,79	196	6,26 (0,00)	
C	9,1	7,01	109	4,37 (0,00)	
D+E	9,9	9,59	42	3,66 (0,00)	
Total	9,0	7,39	500		

Algumas investigações estão de acordo com os achados do presente trabalho. Power, Power e Canadas (2008) constataram que o nível socioeconômico mais baixo predizia escores mais altos de comportamentos de risco. O’Dea (1994) não encontrou diferença entre meninas de baixo ou médio/alto nível socioeconômico no que se refere à distorção da imagem corporal e aos comportamentos alimentares. Na mesma linha, McClelland e Crisp (2001) analisaram atitudes alimentares, imagem corporal e funcionamento psicológico em diferentes as classes sociais e encontraram que a preocupação com o peso, ocorrência de binge eating e comportamentos compensatórios como uso de laxantes e diuréticos e provocação de vômitos eram consistentes entreos diferentes grupos econômicos.

Acredita-se que a ausência de diferenças de comportamentos de risco entre as classes pode ser explicada em parte pelo padrão de beleza imposto pela sociedade, que afeta a toda a população, independentemente do *status* econômico (Coelho & Fagundes, 2007). É possível que as mulheres com menos condições financeiras, mais distantes do padrão glamuroso, busquem se aproximar de seus ídolos através de comportamentos perigosos que podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, a idéia de ascensão econômica e cultural pode estar ligada ao padrão estético vigente da magreza. Como exemplo, pode-se pensar que o sonho de muitas garotas que vivem na pobreza é se tornarem modelos famosas.

O papel das variáveis socioeconômicas como fator de risco para os transtornos alimentares é um problema de considerável debate (McClelland & Crisp, 2001). Os estudos são escassos e as pesquisas realizadas mostram resultados conflitantes, o que pode ser devido à utilização de diferentes instrumentos, distintas maneiras de avaliar o nível econômico e diferentes amostras populacionais (Triches & Giugliani, 2005).

2.4.4.4. Variáveis raciais

No que se refere à raça, uma série de estudos empíricos e a literatura clássica apontam para um maior índice de transtornos alimentares e de comportamentos de risco em mulheres caucasianas (Chui et al., 2007; Gray, Ford & Kelly, 1987; Nasser, 1998; Rucker & Cash, 1992; Striegel-Moore et al., 2000; Striegel-Moore & Smolak, 2000; Wardle & Cooke, 2005). Hoek (2006), por exemplo, em seu artigo de revisão da literatura constatou que anorexia nervosa é comum entre jovens brancas, mas extremamente rara entre negras. Em outra investigação, sobre satisfação corporal, as africanas expressaram estar quase três vezes mais satisfeitas que as caucasianas (Kelly et al., 2005). Outros estudos referem que as brancas têm mais sentimentos negativos por si próprios, fazem mais dietas (Aruguete, DeBord, Yates & Edman, 2005) e apresentam mais comportamentos e atitudes alimentares inadequados do que as negras (Petersons, Rojhani & Steinhaus, 2000). Diferentemente, neste estudo foram encontrados significativamente mais comportamentos de risco nos participantes não brancos (chamados de “outros”), do que nos brancos ($U=2,25$, $p=0,02$) (Tabela 4).

Tabela 4 . *Médias de EAT+ por Identidade Racial*

Identidade racial	Média	Desvio Padrão	Frequência	Normalidade (Shapiro-Wilk)	Mann-Whitney
Outra	11,0	9,42	92	5,43 0,00	2,25 (0,02)
Branca	8,6	6,78	402	7,61 0,00	
Total	9,1	7,39	494		

O alto número de não brancos com comportamentos de risco encontrado é coerente com outros trabalhos atuais e com as idéias de Buch (1973). Segundo a autora, conforme o número de negros na classe média fosse aumentando, mais esses indivíduos adquiririam os costumes e expectativas dos brancos e conseqüentemente, maiores seriam os índices de transtornos alimentares nessa população.

Alguns pesquisadores da área já constatarem tal concepção em suas investigações, e concordam que hoje o temor da obesidade é universal no mundo globalizado (Crago & Shisslak, 2003; Field, Colditz & Peterson, 1997; O'Dea & Caputi, 2001; O'Neill, 2003; Smith, Thompson, Raczinsky & Hilner, 1999). Nessa linha, Pemberton, Vernon e Lee (1996) não encontraram diferenças étnicas na prevalência de bulimia nervosa ou presença de comportamentos bulímicos. Hoerr et al. (2002) também encontraram fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares tanto nas brancas quanto negras americanas. No estudo de Le Grange, Telch e Agras (1997) igualmente não houve diferenças nas medidas de transtornos alimentares e psicopatologia geral. Já em relação ao *binge eating*, Smith et al. (1998) constataram índices semelhantes na população negra e branca.

Os achados do presente estudo sobre a identidade racial, ou seja, de um maior índice de EAT+ nos não brancos são compartilhados por alguns pesquisadores. Striegel-Moore et al. (2000), encontraram maior ocorrência de *binge eating* nas negras do que nas brancas. Lovejoy (2001) concorda que os transtornos alimentares não afetam apenas as mulheres de raça branca e destaca o *binge eating* como um problema sério para outras etnias. Os episódios de compulsão alimentar seriam uma tentativa de alívio para situações estressoras como racismo, sexismo, classismo e pobreza. Acredita-se nessa explicação, que pode ser relacionada aos achados já descritos sobre as variáveis regionais e socioeconômicas. Os participantes residentes em cidades menores, os pertencentes a classes socioeconômicas menos favorecidas e os de identidade racial não branca (esses ainda hoje vítimas de preconceito), talvez acreditem que sua inclusão e ascensão na sociedade pode ser facilitada se conquistarem o padrão de beleza idealizado, a magreza, que muitas vezes é buscada através de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Voltando especificamente à questão da identidade racial, percebe-se a diversidade nos resultados, que pode estar ligada à diferenças metodológicas, diferenças no tamanho

das amostras, nos métodos de acesso e nas análises estatísticas. Nos Estados Unidos, por exemplo, a maior parte dos estudos epidemiológicos é realizada com jovens brancas e a prevalência em minorias étnicas é desconhecida (Nielsen, 2001).

Ademais, são raras as explicações aprofundadas sobre a associação da raça com a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Considera-se necessários futuros estudos sobre o papel da identidade racial no desenvolvimento dessas patologias (Petersons, Rojhani & Steinhaus, 2000).

Embora os aspectos socioculturais não determinem isoladamente o desenvolvimento dos transtornos alimentares, constata-se, neste estudo, que desempenham um papel fundamental no aumento de comportamentos precursores dessas patologias. Concorde-se com a literatura atual de que a globalização está relacionada ao crescimento de casos por todo o globo, inclusive em indivíduos antes considerados como fora de risco, como os homens, os não-brancos, os pertencentes às classes socioeconômicas menos favorecidas e os residentes em cidades pequenas. Toda a população parece estar em risco, o que pode ser explicado pelo modelo de beleza imposto, muitas vezes seguido cegamente como forma de encontrar a felicidade. Porém, o campo de investigação sobre a maneira pela qual o mundo globalizado, a sociedade e a mídia veiculam padrões estéticos e, por consequência, dietas e hábitos alimentares inadequados, é bastante vasto (Serra & Santos, 2003), novo e ainda pouco explorado pelos profissionais da área. Muito trabalho deve ser feito para entender essas relações complexas e buscar estratégias eficazes de prevenção dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

CAPÍTULO III

ESTUDO II. Fatores de risco psicológicos para o desenvolvimento dos transtornos alimentares: auto-estima, bem-estar subjetivo, satisfação com a imagem corporal e alexitimia.

3.1. Justificativa do estudo

Em função de sua gravidade, é de suma importância que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa sejam diagnosticadas precocemente. Uma das maneiras de identificar possíveis doentes ou indivíduos suscetíveis a essas patologias é identificar fatores ou comportamentos de risco.

Embora a literatura descreva algumas características individuais típicas de pacientes acometidos de transtornos alimentares, ainda há poucos estudos sobre os fatores de risco psicológicos destas doenças, sendo que a muitas das investigações nacionais é baseada em observações e evidências clínicas com amostras pequenas e específicas.

Ademais, considera-se que a avaliação dos transtornos alimentares não deve abranger apenas os fatores psicopatológicos específicos destes transtornos, mas também outros que, na maioria das vezes, contribuem para a manutenção do transtorno e dificultam seu tratamento. Neste sentido, embora haja um número considerável de estudos sobre a imagem corporal nos transtornos alimentares, aspecto central no diagnóstico, são raras as pesquisas que avaliam a auto-estima no contexto brasileiro. Salienta-se também a inexistência de estudos brasileiros sobre a relação dos transtornos alimentares com a alexitimia e com o bem-estar subjetivo, variáveis que, com base nos estudos internacionais, estão relacionadas com o risco de desenvolvimento dessas patologias (Beales & Dolton 2000; Diener & Diener, 1995; Doll, Petersen & Stewart-Brown, 2005; Eizaguirre et al., 2001; Gonzales et al., 2001; Guilbaud et al., 2000; Martinez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003; Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003).

3.2. Objetivos

Objetivo geral:

Investigar fatores de risco psicológicos em jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Objetivo específico:

Examinar a satisfação com a imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo (satisfação de vida, afeto positivo e negativo) e alexitimia em jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

3.3. Questões de pesquisa

Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam baixa satisfação com a imagem corporal?

Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam baixa auto-estima?

Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam baixos níveis de bem-estar subjetivo?

Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam altos níveis de alexitimia?

3.4. Método

3.4.1. Participantes e procedimentos

Os participantes e procedimentos são os mesmos do Estudo I (2.4.1). A amostra foi composta por 593 estudantes de ambos os gêneros, com idades entre 11 e 30 anos ($m=16$, $dp= 3,94$), de escolas públicas, particulares e universidades do estado do Rio Grande do Sul (capital e alguns municípios do interior).

Os procedimentos éticos foram seguidos e os alunos e seus responsáveis (quando necessário) assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os instrumentos foram

aplicados de forma coletiva, junto com as escalas do Estudo I, em um período de aula cedido pelos professores.

3.4.2. Instrumentos

Teste das Atitudes Alimentares (Garner & Garfinkel, 1979) – Já descrito detalhadamente acima (item 2.4.2). Traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Nunes et al. (1994), este é o instrumento mais utilizado em pesquisas na área desde o final da década de 70 (Mintz & O'Halloran, 2000). Os itens abordam questões relacionadas à realização de dietas, comportamentos bulímicos, preocupação com a alimentação e controle oral, que possibilitam a mensuração de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Escala de Auto-estima de Rosenberg (Rosenberg, 1989) (ANEXO G). Trata-se de uma escala de auto-relato do tipo Likert (quatro pontos 1-4) composta por 10 itens, destinada à avaliação da auto-estima por meio de uma única dimensão, tendo sido a versão brasileira do instrumento adaptada e validada por Hutz (2000). É constituída por dez questões fechadas em relação à satisfação consigo, com suas qualidades e capacidades, com o próprio valor, orgulho e respeito por si mesmo, atitude positiva em relação a si, sentimento de inutilidade e sensação de fracasso. A escala foi desenvolvida para adolescentes, sendo bastante difundida devido à sua praticidade de aplicação. Os participantes devem indicar o grau de concordância com o item descrito. Quanto maior o escore obtido, maior a auto-estima. A escala tem apresentado índices de fidedignidade constantes e aceitáveis para uso em pesquisa (0,80). A pesquisa realizada com a escala adaptada demonstrou parâmetros psicométricos apropriados (Hutz, 2000).

Escalas de Afeto Positivo e Negativo e Escala de Satisfação de Vida (Hutz & Giacomoni, 1997) (ANEXO H). Validados no Brasil, estes instrumentos têm juntos 45 itens relacionados à avaliação da própria vida, ao grau de satisfação pessoal e à identificação com sentimentos e emoções variados, positivos e negativos. As escalas permitem a mensuração do bem-estar subjetivo, nível de ajustamento emocional e instabilidade. A Escala de Satisfação de Vida contém cinco itens, com possibilidade de 1 a 7 sendo que 1

refere-se a “discordo plenamente” e 7 a “Concordo plenamente”, para indicar o quanto se está acordo com o item. Já as Escalas de Afeto Positivo e Negativo têm 40 itens. Os coeficientes Alpha obtidos para as escalas de Satisfação de Vida (0,86) (Shogren et al., 2006), Positivo (0,88) e de Afeto Negativo (0,84) (Hutz & Giacomoni, 1997) apontam evidências de confiabilidade. Análises Fatoriais confirmaram a estrutura do instrumento, que também apresentou boas evidências de validação concorrente (Giacomoni & Hutz, 2006) Para as respostas, é utilizada uma escala do tipo Likert de 5 pontos, que variavam de 1 a 5, (1) nem um pouco; (2) um pouco; (3) moderadamente; (4) bastante; (5) extremamente.

Escala de Satisfação de Vida Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (Cash, 1994; Mendelson, White & Mendelson, 1997) (ANEXO I). Esta escala, recentemente validada no Brasil por Ferreira e Leite (2002) pode ser utilizada em pesquisas e como instrumento auxiliar de diagnóstico, em situações clínicas. Composta por 25 itens é uma escala destinada a avaliar a dimensão subjetiva da imagem corporal, isto é, o grau de satisfação com esta imagem. As análises fatoriais exploratórias evidenciaram que a solução de dois fatores (satisfação com a aparência e preocupação com o peso), com índices de consistência interna de 0,90 e 0,79. Para as respostas, é utilizada uma escala do tipo Likert de 4 pontos, que variam de “Discordo totalmente” a Concordo totalmente”.

Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) (ANEXO J). Validada no Brasil por Yoshida (2000), este é um instrumento de auto-relato com 26 itens, idealizado para medir o grau de alexitimia. É a escala mais utilizada na medida da alexitimia, tendo sido traduzida para várias línguas com boas propriedades. Os Coeficientes Alfa de toda a amostra (0,71) e das subamostras feminina (0,72) e masculina (0,71) indicaram o índice de precisão da escala e o coeficiente inter-itens (0,08), a homogeneidade dos itens. A análise fatorial indicou quatro fatores compatíveis com a versão em espanhol da TAS, que já se mostrara congruente com a versão em inglês. Os resultados sugerem que, do ponto de vista psicométrico, a versão em português da escala constitui uma medida confiável e válida do constructo como suas versões anteriores em Inglês e Espanhol. Os itens são respondidos em escala de tipo Likert de cinco pontos variando entre, 1 (“Discordo inteiramente”) e 5 (“Concordo plenamente”). Estudos de análise fatorial que revelaram

quatro fatores consistentes com o modelo teórico. Isto é, F1 reflete a habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2, o sonhar acordado (*daydreaming*); F3, a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas e F4, a habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas. Em relação ao ponto de corte, a autora sugere 73 pontos como conveniente para a população brasileira (Yoshida, 2000).

3.4.3. Análise dos Dados

Os dados colhidos foram tabulados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. Após realizar os testes de normalidade (Tabela 5) e verificar uma distribuição não normal optou-se pelos testes não paramétricos.

O teste ρ (*rho*) de Spearman foi utilizado para calcular as correlações entre o Teste das Atitudes Alimentares e os demais instrumentos. A mesma análise foi realizada também separadamente para cada um dos gêneros. A literatura descreve os transtornos alimentares como doenças predominantemente femininas e considerou-se que os homens poderiam apresentar correlações mais baixas. Além disso, considerou-se que seria interessante estudar as diferenças entre os gêneros no que se refere aos comportamentos de risco para os transtornos alimentares e aos demais instrumentos.

O teste ρ (*rho*) de Spearman permite correlacionar apenas duas variáveis, ou seja, não proporciona a investigação de efeitos indiretos sobre a variável dependente. Para avaliar o efeito conjunto das escalas sobre o EAT-26 (variável dependente) realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (modelo estimado por mínimos quadrados ordinários). Além disso, um modelo Logit de regressão não linear para variáveis binárias foi escolhido por avaliar a probabilidade condicional das variáveis investigadas, ou seja, a probabilidade de positividade no EAT-26 relacionada aos resultados das demais escalas. Para tornar o modelo mais robusto foram inseridas ainda a idade, gênero, escolaridade e classe social (variáveis explicativas de controle).

Em seguida, através do método *step-wise* também foi realizada uma análise de regressão linear múltipla e uma análise de regressão não linear com o objetivo de

averiguar a capacidade de cada um dos itens (de todos os instrumentos) de explicar o EAT-26 e os casos de positividade. Adotou-se um $p < 0,05$ como nível de significância crítico.

Tabela 5. *Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)*

Variável	N	W	V	z	Prob>z
eattotal	500	0,89	36,13	8,62	0,00
auttotal	530	0,98	4,18	3,45	0,00
afetpos	521	0,99	2,89	2,56	0,00
afetneg	528	0,95	16,06	6,69	0,00
satttotal	540	0,96	12,30	6,05	0,00
imtotal	495	0,99	2,23	1,93	0,02
alettotal	431	0,99	2,05	1,71	0,04

Nota: eattotal = Teste das Atitudes Alimentares, auttotal= Escala de Auto-estima de Rosenberg, afetpos = Escala de Afeto Positivo, afetneg= Escala de Afeto Negativo, satttotal= Escala de Satisfação de Vida, imtotal= Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, alettotal= Escala de Alexitimia de Toronto.

3.4.4. Resultados e discussão:

3.4.4.1. Satisfação com a imagem corporal

Na Escala de Satisfação com a Imagem Corporal foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,91. Os escores tiveram variação entre 28 e 100 pontos ($m=68,2$; $dp=10,29$). Como pode ser observado na Tabela 6, o Teste das Atitudes Alimentares se correlaciona negativamente com a satisfação com a auto-imagem, com significância estatística ($\rho = -0,33$, $p < 0,01$). Constata-se, então, que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal maior é o risco de desenvolver um transtorno alimentar.

Tabela 6. *Correlações de Spearman entre as Escalas*

	eattotal	auttotal	afetpos	afetneg	satttotal	imtotal	aletotal
eattotal	1,00						
auttotal	-0,18*	1,00					
afetpos	-0,03	0,50*	1,00				
afetneg	0,15*	-0,38*	-0,08	1,00			
satttotal	-0,09	0,43*	0,29*	-0,37*	1,00		
imtotal	-0,33*	0,57*	0,31*	-0,37*	0,40*	1,00	
aletotal	0,14*	-0,56*	-0,40*	0,42*	-0,25*	-0,42*	1,00

Nota: * Correlações significativas

Esse é um achado preocupante na medida em que a insatisfação com as formas corporais e a preocupação com a magreza são muito frequentes na atualidade (Cicco et al., 2006; Donovan, Spence & Sheffield, 2006; Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007). Vários trabalhos indicam associação entre baixa satisfação corporal e uma variedade de implicações negativas na saúde e no comportamento, como depressão, baixa auto-estima, ansiedade, tabagismo, alcoolismo, abuso de substâncias (Ackard, Croll & Kearney-Cooke, 2002) obesidade (Fernandes, 2007) e transtornos alimentares (Crocker, Sabiston & Forrester, 2003; Johnson & Wardle, 2005; Oliveira & Santos, 2006; Pesa, Syre & Jones, 2000; The McKnight Investigators, 2003).

Nesse sentido, estudos têm concluído que a insatisfação corporal é forte preditora de anorexia nervosa e bulimia nervosa em mulheres adolescentes e adultas (Thompson & Smolak, 2001). Tal constatação é grave, já que se sabe que hoje mesmo as adolescentes abaixo do peso frequentemente se sentem gordas ou desproporcionais (Bosi et al., 2006; Fleitlich et al., 2000) e gostariam de emagrecer (Reato et al., 2007).

Quanto ao índice de satisfação, Coelho e Fagundes (2007) verificaram que 86% das mulheres estão insatisfeitas com seu corpo. Mas como já foi discutido no Estudo I, a população masculina também está em risco. Deve-se estar atento ao crescente aumento da insatisfação nos meninos, que ao contrário das meninas tendem a subestimar o tamanho corporal e o desejar de ganhar peso e massa muscular (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Fernandes, 2007; Kakeshita & Almeida, 2006).

Ainda no contexto nacional, investigações têm descrito uma alta prevalência de insatisfação com o corpo e comportamentos inadequados que visam à redução de peso em adolescentes (Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007; Vilela et al., 2004), universitários (Bosi, Luiz, Uchimura & Oliveira, 2008; Gonçalves, Barbosa, Rosa & Magna, 2008) e até mesmo em crianças (Fernandes, 2007). Conclui-se, assim, que a população está em risco, independente da faixa etária.

A explicação para esses altos índices de distorção na percepção e insatisfação com as formas corporais podem ser explicadas pelas pressões da mídia para que a magreza seja central na vida dos indivíduos (Amaral et al., 2007; Morrison, Kalin & Morrison, 2004; Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001; Sands & Wardle, 2003; Stice & Whitenton, 2002). Essas pressões já começam na escola, onde aquelas crianças que não se encaixam ao padrão são vítimas de *bullying* pelos colegas (Ackard, Croll & Kearney-Cooke, 2002) e carregam consigo, por muitos anos seguintes, estereótipos como de “gordo”, “feio”, etc.

Para que haja uma mudança deste ideal de beleza, que compromete a saúde física e mental da população acredita-se que deve haver uma mobilização de todas as áreas da sociedade. A formação da imagem corporal envolve um relacionamento do indivíduo com seu próprio corpo. São necessárias experiências afirmativas e gratificantes na relação com o corpo para desenvolver-se uma imagem corporal satisfatória (Castilho, 2001). Essas experiências podem ser proporcionadas pelas famílias, pares, professores e podem servir como fatores de proteção contra a insatisfação corporal generalizada nos dias atuais. Pesquisas sugerem a importância de se promover um ambiente focado na saúde e na atividade física, mais do que no controle de peso, para minimizar os efeitos da promoção desse ideal de magreza estabelecido nas sociedades ocidentais (Kelly et al., 2005).

3.4.4.2. Auto-estima

Na Escala de Auto-estima de Rosenberg foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,85. Os escores tiveram variação entre 11 e 40 pontos ($m=30,2$; $dp=4,66$). Como pode ser visualizado na Tabela 6, há uma correlação negativa significativa entre comportamentos de risco para os transtornos alimentares e auto-estima ($\rho= -0,18$, $p<0,01$), ou seja, quanto menor a auto-estima maior é o índice de comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

Diversos estudos confirmam esse achado e propõem que a baixa auto-estima é um fator importante tanto no desenvolvimento quanto na manutenção dessas enfermidades (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; Neumark et al., 2006; Oliveira & Santos, 2006; Ross & Wade, 2003; Strober et al., 2000; Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2006; Vohs et al., 1999). Sabe-se, neste sentido, que adolescentes com essas patologias quando comparados com adolescentes com padrões normais de alimentação tendem a ter menor auto-estima (Berrocal, 2002; Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003) e que a baixa auto-estima é preditora de problemas alimentares (McGee & Williams, 2000; Ghaderi & Scott, 2001).

Como explicação para esta relação, pode-se pensar que indivíduos com baixa auto-estima provavelmente são mais sensíveis às expectativas sociais de um corpo elbelto e podem buscá-lo através de fatores de risco para os transtornos alimentares (Frederick & Grow, 2006). Por exemplo, meninas com sobrepeso e baixa auto-estima podem ter preocupação aumentada com o peso e fazer dietas precoces para tentar melhorar a satisfação corporal e seu autovalor (Neumark-Sztainer et al., 2006).

Para pacientes com transtornos alimentares, a magreza é a única fonte de auto-estima e *feedback* positivo (Bruch, 1978). Porém, quando o peso e forma física são as únicas medidas de auto-estima, cada episódio de *binge eating* ou ganho ponderal pequeno resultam em autocríticas, depressão e ansiedade. A dieta, por exemplo, para esses indivíduos é sinal de autodisciplina e orgulho. Se o comportamento alimentar restritivo não é seguido por algum motivo, tal fato é considerado como um erro grave e inaceitável e como fracasso do autocontrole, o que conseqüentemente leva a uma redução na auto-estima (Abuchaim, Somenzi & Duchesne, 1998; American Psychiatric Association, 2003).

Adolescentes com transtornos alimentares ou comportamentos de risco geralmente investem todo o seu interesse nas questões ligadas ao corpo e se privam de outras fontes de incremento da auto-estima, como namorar, fazer amizades, se envolver em atividades escolares ou laborais. Essas outras fontes de satisfação são extintas e a única forma de ser aceita por si e pelos outros parece ser através da beleza exterior e do peso (Bruch, 1978).

3.4.4.3. Bem-estar subjetivo

Na Escala de Afeto Positivo foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,86. Os escores tiveram variação entre 32 e 95 pontos ($m=62,3$; $dp=12,58$). Em relação à Escala de Afeto Negativo foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,88. Os escores ficaram entre 20 e 86 pontos ($m=41,9$; $dp=12,68$). Na Tabela 6, observa-se que o EAT-26 tem uma correlação positiva significativa com o afeto negativo ($\rho=0,15$, $p<0,01$).

Na Escala de Satisfação de Vida foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,74 e os escores resultantes tiveram variação entre 09 e 35 pontos ($m=25,2$; $dp=5,80$). É possível verificar, na Tabela 6, que o EAT-26 se tem uma tendência a se correlacionar negativamente com a Satisfação de vida ($\rho=-0,09$, $p=0,09$), mas sem significância estatística.

Em outras palavras, indivíduos com comportamentos de risco para transtornos alimentares têm mais afeto negativo e tendem a apresentar menos afeto positivo e uma baixa satisfação com a vida (baixos níveis de bem-estar subjetivo). A literatura reforça tais dados, embora, como citado previamente, não tenham sido encontrados estudos específicos sobre o construto bem-estar subjetivo.

Uma série de autores alerta que os transtornos alimentares podem ter efeitos graves e crônicos na qualidade de vida, resultando em problemas físicos, psicológicos e interpessoais permanentes (De la Rie, Noordenbox & van Furth, 2005; Su & Birmingham, 2003). Doll, Petersen e Stewart-Brown (2005) alegam que a história de transtorno alimentar é acompanhada por alterações na qualidade de vida relacionada à saúde, com prejuízos especialmente no bem-estar emocional. Gonzales et al. (2001) constataram que a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos alimentares é pior do que a população geral com as mesmas características (idade e gênero). Além disso, anoréxicos e bulímicos realizam uma auto-avaliação significativamente mais negativa que indivíduos sem essas enfermidades (Jacobi et al., 2004).

A relação entre muito afeto negativo, pouco afeto positivo, baixa satisfação de vida e comportamentos de risco para os transtornos alimentares pode ser compreendida, em parte, pela maneira que principalmente as mulheres fazem o julgamento da satisfação de vida: por padrões de comparação. Esses padrões, basicamente estéticos, dificilmente podem ser alcançados pela grande maioria da população (Russo, 2005; Vervaet, van Heeringen &

Audenaert, 2004). Há uma idéia de que a satisfação está ligada à conquista da magreza e do status socioeconômico alto, que é transmitida pelos meios de comunicação e seguida, muitas vezes, sem ser questionada. Assim, a dificuldade de chegar ao modelo idealizado gera uma situação de permanente insatisfação pessoal (Andrade & Bosi, 2003) e conseqüentemente menor bem-estar subjetivo.

Outra explicação para os resultados pode estar ligada aos instrumentos utilizados. Houve grande dificuldade de entendimento de vários adjetivos das Ecalas de Afeto Positivo e Negativo, tanto nas escolas públicas quanto nas particulares. A maioria dos alunos precisou de explicações sobre o significado de palavras como: apreensivo, arrojado, dinâmico, hostil, produtivo, rancoroso, vigoroso e zeloso. Segundo os professores que cederam suas aulas para a pesquisa, provavelmente esse não é um problema apenas dos instrumentos, mas dos estudantes, que atualmente têm um vocabulário bastante reduzido e precário em função da falta de leitura e do uso de gírias ao invés da linguagem convencional.

Ainda em relação a essas escalas foram constatadas diferenças na interpretação dos adjetivos pelos gêneros. Por exemplo, para as meninas os termos “delicado” e “amável” são qualidades. Entretanto, para muitos meninos estes são afetos negativos, por terem a conotação de feminilidade ou homossexualidade.

Além disso, questiona-se a adequação destes instrumentos para indivíduos com transtornos alimentares ou com sérios comportamentos de risco. Para eles, a satisfação de vida e a presença de afetos positivos estão ligadas à capacidade de se manterem magros ou de controlarem a alimentação. Greeno, Jackson, Williams e Fortman (1998) confirmaram essa hipótese ao verificarem que a falta de controle sobre a alimentação era o maior preditor de baixa satisfação de vida. Assim, para indivíduos acometidos dessas doenças, o que é considerado como positivo e satisfatório não corresponde ao conceito de felicidade e de saúde mental. Por exemplo, meninas com anorexia nervosa provavelmente descreverão afetos positivos e satisfação com a vida se responderem aos instrumentos em um momento em que estiverem conseguindo cumprir sua meta principal: a magreza.

O conjunto de fatores descritos acima pode ser responsável pelo resultado não significativo entre os comportamentos de risco e os afetos positivos e a satisfação de vida.

Acredita-se que novos estudos que utilizem este instrumento em indivíduos com EAT+ são necessários e poderão aclarar e aprofundar as idéias aqui expostas de forma exploratória.

3.4.4.4. Alexitimia

Na Escala de Alexitimia de Toronto foi encontrado um *alpha de cronbach* de 0,74. Os escores tiveram variação entre 34 e 105 pontos ($m=65,5$; $dp=10,49$). Observa-se, na Tabela 6, a correlação positiva significativa entre o EAT-26 e alexitimia ($\rho=0,14$, $p<0,01$). Dessa forma, quanto mais altos índices de alexitimia, maior a presença de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Os estudos empíricos estão de acordo com esses resultados (Beales & Dolton, 2000; Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; De-Panfilis et al., 2001; Espina, Ortega & Ochoa, 2001; Espina, Ortega, Ochoa & Aleman, 2002; Guilbaud et al., 2000; Martinez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003). A investigação de Schmidt, Jiwany e Treasure (1993) demonstrou escores de alexitimia significativamente maiores em pacientes bulímicos, anoréxicos restritivos e anoréxicos bulímicos do que nos controles. Dados semelhantes foram encontrados por Guilbaud et al. (2000). Os pacientes acometidos de transtornos alimentares apresentaram índices significativamente maiores de depressão e alexitimia do que os indivíduos sem essas patologias. Além disso, achados mostram que as mulheres alexitímicas apresentam um maior potencial e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas com não alexitímicas (De Berardis et al., 2007; Carano et al., 2006).

A literatura teórica pode ajudar no entendimento desta associação. A negação dos anoréxicos de buscar tratamento em função da não percepção da doença e o desejo crescente de perder peso independente do estado nutricional (American Psychiatric Association, 2003) são exemplos da desconexão com o corpo (Bruch, 1973), característica central da alexitimia.

Além disso, outras características da alexitimia são encontradas nos transtornos alimentares. Mulheres com essas doenças se orientam basicamente pelas necessidades do outro. Como já discutido no Capítulo I de introdução do presente trabalho, essas meninas nunca tiveram suas necessidades respondidas adequadamente, o que cria lacunas entre a mente e o corpo (Barros, 1994). Assim, se tornam incertas sobre seu próprio valor e

preocupadas em satisfazer a imagem que os outros e a sociedade têm dela (Bruch, 1978). Demonstram um grave afastamento dos próprios sentimentos, dificuldades para processar e regular emoções e um padrão de pensamento direcionado ao mundo externo (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Em função desses achados e da literatura na área, considera-se fundamental incluir a alexitimia no modelo de entendimento multifatorial dos transtornos alimentares. Desta forma, concorda-se com Eizaguirre, Cabezón e Alda (2001), que enfatizam a necessidade de colocar a alexitimia nos objetivos terapêuticos centrais da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Além disso, mais investigações nacionais sobre o tema, tanto na população geral quanto em pacientes diagnosticados com transtornos alimentares são necessários para que se possa ter maior entendimento da associação entre as duas variáveis.

Finalmente, considera-se importante atentar para o número de respondentes da Escala de Alexitimia de Toronto, exposto na Tabela 5 (N=431), o menor entre todos os instrumentos. No presente trabalho adotou-se o procedimento de não analisar escalas com *missings*, ou seja, com algum item deixado em branco. Acredita-se que um dos motivos para que 162 indivíduos não tenham completado adequadamente este instrumento foi o não entendimento de várias das questões, principalmente na população escolar. No momento da aplicação houve muitas dúvidas em itens abstratos como: “*Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas*”, “*Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los*” e “*Não sei o que acontece dentro de mim*”. Futuros estudos em escolas poderão aclarar a adequação deste instrumento para a população adolescente.

3.4.4.5. Correlações por gênero

Em função da verificação da diferença de positividade no EAT-26 entre homens (15%) e mulheres (19%) e de os transtornos alimentares serem considerados doenças predominantemente femininas, foram realizadas correlações separadas para os gêneros (Tabela 7). Entre as mulheres, como pode ser verificado na Tabela 7, o EAT-26 se correlacionou significativamente com todos os instrumentos, exceto com a Escala de Afeto Positivo ($\rho = -0,08$ $p = 0,22$). A ausência de significância estatística para essa escala pode ter

relação com os problemas já descritos no item 3.4.4.3. Houve uma série de dificuldades no entendimento dos adjetivos e a idéia de afeto positivo para pacientes com anorexia nervosa parece ser distorcida.

O EAT-26 se correlacionou negativamente a auto-estima ($\rho=-0,21$, $p<0,01$), positivamente com afeto negativo ($\rho=0,19$, $p<0,01$), negativamente com a satisfação de vida ($\rho=-0,14$, $p=0,04$) negativamente com a imagem corporal ($\rho=-0,39$, $p<0,01$) e positivamente com a alexitimia ($\rho=0,17$, $p=0,01$). Desta forma, mulheres com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam baixa auto-estima, satisfação com a vida e com a imagem corporal e um alto índice de afeto negativo e alexitimia. Diferentemente, para os homens o único instrumento que se correlacionou significativamente com o EAT-26 foi a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal ($\rho=-0,20$, $p=0,01$) (Tabela 7). Conclui-se assim, que homens mais satisfeitos com sua imagem corporal têm menos comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

Tabela 7. *Correlações de Spearman entre as Escalas por Gênero (EAT-26 como variável dependente)*

	EAT-26	
	Homens	Mulheres
auttotal	-0,14	auttotal -0,21*
afetpos	-0,10	afetpos -0,08
afetneg	0,04	afetneg 0,19*
sattotal	-0,02	sattotal -0,14*
imtotal	-0,20*	imtotal -0,39*
aletotal	0,07	aletotal 0,17*

Nota: * Correlações significativas

Neste sentido, pode-se perceber que, embora as correlações encontradas tenham o mesmo sentido para os dois gêneros, as variáveis têm um papel mais forte para as mulheres do que para os homens. Somente a satisfação com a imagem corporal foi significativa tanto para o sexo masculino e para o feminino.

Esse resultado é compatível com a literatura na área. A distorção na imagem corporal é entendida como central no entendimento e diagnóstico dos transtornos alimentares. Na década de 70, Bruch (1973) trouxe a hipótese de que a percepção distorcida do próprio corpo é o fator mais importante na anorexia nervosa e que a melhora dos sintomas seria temporária caso não se dessem mudanças na imagem corporal. Essa idéia foi explorada e hoje se confirma que o desenvolvimento de uma nova auto-imagem é fundamental para a recuperação dos pacientes (Stein & Corte, 2006).

Voltando à diferença dos resultados entre os gêneros, talvez para os homens os comportamentos de risco estejam mais relacionados aos esforços para perder ou ganhar peso, ou seja, ligados a questões basicamente corporais ou estéticas, enquanto que nas mulheres talvez reflitam uma série de outros problemas emocionais. Pode-se pensar que os conflitos masculinos correspondam a outras patologias, enquanto que nas mulheres a baixa-auto estima, insatisfação com a vida, perfeccionismo, ansiedade, entre outros, muitas vezes se apresentem sob a forma de transtornos alimentares.

Neste sentido, a insatisfação com o corpo desempenha um papel mais importante nos afetos negativos e na auto-estima das mulheres do que dos homens (Aruguete, DeBord & Edman, 2005; Pokrajac-Bulian & Živčić-Bečirević, 2005). Para eles a satisfação é conquistada através de uma série de fontes, como amizades e esportes e a beleza não ocupa um papel tão central. Já para muitas mulheres, a auto-estima, o bem-estar subjetivo e a felicidade parecem estar diretamente relacionados ao ideal de corpo. Assim, a magreza muitas vezes é buscada através de comportamentos de risco que levam à instalação dos transtornos alimentares.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

3.4.4.6. Escalas e questões explicativas do Teste das Atitudes Alimentares

As correlações apresentadas e discutidas acima proporcionam um entendimento geral da relação entre o Teste das Atitudes Alimentares e as variáveis investigadas.

Encontrou-se maior número de comportamentos de risco nos municípios do interior do Estado e nos participantes de identidade racial não branca. Não houve diferenças significativas no que se refere à classe socioeconômica. Além disso, foi constatado que indivíduos com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam baixa satisfação com a imagem corporal. As mulheres apresentam também baixa auto-estima, pouca satisfação com a vida e um alto índice de afeto negativo e alexitimia.

Para compreender com mais profundidade tais achados, foi realizada uma Análise de Regressão linear (Tabela 8). Assim, foi possível identificar os efeitos diretos de outras variáveis nas relações e quais as que explicariam os comportamentos de risco. Além das escalas utilizadas no estudo II, foram utilizadas como variáveis de controle e analisados o gênero, a idade, a identidade racial, a escolaridade e a classe socioeconômica.

Tabela 8. *Análise de Regressão linear*

Variável dependente: EAT-26			
Variáveis independentes	β	Erro padrão	p
gênero	2,07	0,68	0,00
idade	-0,01	0,15	0,90
raça2	-3,69	1,29	0,00
auttotal	-0,00	0,10	0,98
imtotal	-0,16	0,04	0,00
afetneg	0,03	0,03	0,26
aletotal	0,01	0,04	0,69
esc2	-4,26	1,96	0,03
esc3	-6,32	1,80	0,00
esc4	-7,05	2,14	0,00
cs2	-0,95	0,91	0,30
cs3	-1,66	1,26	0,19
cs4	-2,81	2,15	0,19
constante	25,86	5,58	0,00
N	352	F(13, 338)	13,00
R2	0,17	Prob > F	0,00

Nota: Raça2= Identidade racial branca, esc2= Até a oitava série incompleta, esc3= Ensino médio incompleto, esc4= Ensino superior incompleto ou completo, cs2= Classe socioeconômica B, cs3= Classe socioeconômica C, cs4= Classe socioeconômica D+E.

O modelo encontrado mostra um bom ajustamento e explica 17,54% da variância ($R^2=0,17$). Ressalta-se que em função da complexidade e etiologia multifatorial dessas patologias é praticamente impossível encontrar um modelo com fatores de risco que possa explicar completamente o fenômeno.

A Escala de satisfação com a imagem corporal foi preditora do EAT-26. Isso significa que três pontos a mais na Escala de Satisfação com a imagem corporal representam de 0,5 pontos a menos no Teste das Atitudes Alimentares ($\beta=-0,16$, $p<0,01$).

Os demais instrumentos não apresentaram significância estatística. Tais achados correspondem à literatura e ao que foi encontrado no Estudo II deste trabalho: uma forte relação entre a insatisfação com a imagem corporal e os transtornos alimentares.

Em relação às variáveis de controle, a classe socioeconômica não teve associação significativa com o EAT-26. Todavia, ser mulher implica em um aumento médio de dois pontos neste instrumento ($\beta=2,07$, $p<0,01$). Quanto à identidade racial, ser branco implica em menos 3,69 pontos em média no EAT-26 ($\beta=-3,69$, $p<0,01$). Esses dados em relação à classe, ao gênero e à raça confirmam os resultados encontrados no Estudo I deste trabalho de que os indivíduos do sexo feminino e os de identidade racial não branca apresentam significativamente mais comportamentos de risco e que o poder aquisitivo não interfere nos resultados do EAT-26.

No que se refere à idade, não foi verificada diferença significativa entre anos de vida e o EAT-26 ($\beta=-0,01$, $p=0,90$). Já foi citado no Capítulo I do presente estudo que a idade é considerada como um dos fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares (McClelland & Crisp, 2001). Uma série de autores acredita que, especialmente entre as mulheres, essa variável pode influenciar os níveis de satisfação corporal. A maioria das pesquisas aponta para a uma maior insatisfação na adolescência do que na idade adulta (Cicco et al., 2006; Conti, Gambardella & Frutuoso, 2005; Ostovich & Rozin, 2004). Tal diferença seria explicada pelo padrão de beleza imposto, que afeta com mais frequência a população jovem. Logicamente, seria provável que a imagem corporal piorasse com o aumento da idade, visto que, quanto maior a faixa etária, maior o distanciamento da ditadura da jovialidade e magreza. Todavia, no decorrer da vida as mulheres passam a dar uma importância menor menos seus corpos e à aparência, enquanto que na adolescência a forma física é central para a auto-estima e aceitação social (Tiggemann & Lynch, 2001).

Confirmando essa idéia está o estudo de Cicco et al. (2006), que comparou a prevalência de insatisfação com o peso, utilização de métodos de emagrecimento inadequados e crenças mágicas sobre alimentação em grupos de adolescentes e de adultas. Participaram do estudo 160 mulheres (80 adolescentes e 80 adultas, com idades entre 20 e 40 anos). Encontrou-se, nos dois grupos, que as crenças estão associadas à insatisfação com o peso e às tentativas de emagrecer. Tanto adolescentes quanto adultas que se consideram gordas tendem a adotar com mais frequência a crença no jejum como meio de desintoxicar o corpo e utilizam mais métodos de dietas como laxantes e purgação. No entanto, há mais adolescentes insatisfeitas com seu peso que adultas.

Também investigando a variável idade e sua relação com o nível de satisfação corporal geral de adolescentes foi realizado um estudo em uma escola pública da cidade de Juiz de Fora, MG. A amostra foi composta de 154 estudantes, divididos em três grupos: G1 (10 a 12 anos), G2 (13 a 15 anos) e G3 (16 a 18 anos). Observou-se uma menor satisfação no G3. Para o sexo masculino, não se verificou correlação significativa, porém maior insatisfação também foi observada no grupo de meninos mais velhos. Constata-se uma tendência de menores níveis de satisfação corporal em adolescentes mais velhos, apesar de o peso ter sido alvo de insatisfação em todos os grupos (Amaral et al., 2007). Esses dados confirmam a literatura, que apresenta uma média de idade de 16,3 anos para a anorexia nervosa e de 18,5 anos para a bulimia nervosa (American Psychiatric Association, 2003).

Embora a insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, os transtornos alimentares estejam no domínio de jovens, é importante ressaltar que hoje há um número crescente de mulheres com mais idade sofrendo de anorexia nervosa, bulimia nervosa e de sérios problemas de distorção da imagem corporal (Maine & Kelly, 2005).

Confirmando essa concepção e os achados do presente trabalho, alguns estudos já referem insatisfação com a imagem corporal na adolescência final e na adultez. Buscando investigar a satisfação com a aparência corporal em mulheres mais velhas, foi realizada uma pesquisa com praticantes de atividade física com média de 65,8 anos de idade. Os resultados apontaram que 71,7% das participantes estavam insatisfeitas com a sua aparência corporal (Braggion, 2002). Resultados semelhantes foram encontrados na investigação de Coelho e Fagundes (2007) com 100 mulheres adultas da cidade de Campo Grande, MS, no qual 86% das entrevistadas estavam insatisfeitas com seus corpos.

Essa mudança pode ser relacionada à dificuldade, nesta faixa etária, de enfrentar uma série de mudanças estressoras, como ter que balancear e administrar satisfatoriamente uma série de papéis, o que pode levar a comportamentos de risco para o desenvolvimento dessas patologias. Outro motivo é que a busca pela juventude tem se tornado uma obsessão na atualidade. A idade mais avançada é ligada a doença, dependência e infelicidade, o que faz que principalmente o sexo feminino busque seguir o padrão de beleza de jovialidade e magreza, e assim, desenvolva hábitos que podem levar a um transtorno alimentar.

Outro resultado importante do presente trabalho se refere à relação significativa entre a escolaridade e o EAT-26. Conclui-se que quanto mais anos de estudo o indivíduo tem, menor é a sua chance de apresentar comportamentos de risco. Desta forma, quando comparados a participantes que cursam até a quinta série do ensino fundamental, aqueles que têm o ensino superior incompleto ou completo apresentam em média 7 pontos a menos no EAT-26 ($\beta=-7,05$, $p<0,01$), enquanto aqueles que freqüentam até o ensino médio apresentam menos 6 pontos ($\beta=-6,32$, $p<0,01$). Mesmo entre os alunos que estão matriculados até a quinta série e os que estão entre a sexta e a oitava série do ensino fundamental há diferenças significativas. Os alunos da sexta à oitava série apresentam 4 pontos a menos em média no instrumento do que os estudantes que frequentam até a quinta série ($\beta=-4,26$, $p=0,03$).

Os resultados de estudos realizados no Rio Grande do Sul, BR, podem ajudar no entendimento dessa questão. Triches e Giugliani (2005) encontraram uma associação entre práticas alimentares mais saudáveis e maior conhecimento em nutrição. Em investigação seguinte as autoras relataram uma insatisfação corporal significativamente maior em crianças filhas de mães com menos de oito anos de escolaridade. A explicação seria que mães menos escolarizadas são mais suscetíveis às influências da cultura e têm mais necessidade de aceitação pelo meio social em que vivem. Dessa maneira, estar de acordo com o padrão estético vigente pode trazer a ilusão de *status* e possibilidade de ascensão social (Triches & Giugliani, 2007).

Além disso, é possível supor que a maior escolaridade – tanto das crianças quanto os pais, os principais educadores dos filhos – permite a obtenção de mais conhecimentos e reflexão sobre alimentação, padrões doentios de beleza e as enfermidades relacionadas a esses fatores.

Os dados encontrados no presente trabalho permitem também concluir que a escolaridade pode ser protetiva contra os transtornos alimentares. A escola deve ser considerada como um fator central na prevenção dessas patologias.

A educação é um setor fundamental para o crescimento de um país. É através da produção de conhecimento que uma nação se desenvolve, aumentando sua renda e a qualidade de vida de seus cidadãos. Todavia, a taxa bruta de acesso à universidade no Brasil é de cerca de 7%, sendo que apenas 3% dos alunos do ensino superior são de raça negra (IBGE, 2003), números muito baixos. Tais percentagens são agravantes para as conclusões deste estudo, já que se verificou que a escolaridade mais baixa e a identidade racial não branca aumentam a chance de desenvolver transtornos alimentares.

Já através do modelo de *Logit* (Tabela 9) é possível examinar quais das variáveis estudadas têm relação com a positividade no EAT-26. Ressalta-se, como descrito anteriormente no item 2.4.2, que os autores do instrumento postularam que o EAT-26 é considerado como positivo quando o escore obtido for igual ou acima de 20 pontos.

Tabela 9. *Análise de Regressão não Linear (Logit)*

Variável dependente: EAT +				
Variáveis independentes	β	Erro Padrão	z	p
gênero	0,43	0,32	1,34	0,17
idade	0,07	0,10	0,67	0,50
raça2	-1,05	0,38	-2,70	0,00
afetneg	0,01	0,01	0,81	0,41
imtotal	-0,04	0,01	-2,10	0,03
aletotal	0,04	0,02	2,08	0,03
cs2	0,54	0,40	1,33	0,18
cs3	0,07	0,55	0,14	0,88
cs4	-0,31	0,65	-0,48	0,63
esc2	-0,29	0,99	-0,30	0,76
esc3	-1,34	0,99	-1,35	0,17
esc4	-2,68	1,31	-2,04	0,04
constante	-2,54	2,94	-0,86	0,38
N	381	Wald $\chi^2(12)$	47,75	
		Pseudo R ²	0,19	

Nota: Classificados corretamente: 84,25%

Tabela 10. *Efeitos Marginais do Logit*

Variáveis independentes	Variável dependente EAT+			
	β	Erro Padrão	z	p
gênero	0,03	0,02	1,33	0,18
idade	0,00	0,00	0,68	0,50
raça2	-0,11	0,05	-2,15	0,03
afetneg	0,00	0,00	0,79	0,43
imtotal	-0,00	0,00	-2,18	0,03
alettotal	0,00	0,00	2,25	0,02
cs2	0,04	0,03	1,23	0,22
cs3	0,00	0,04	0,14	0,89
cs4	-0,02	0,04	-0,54	0,59
esc2	-0,02	0,07	-0,31	0,76
esc3	-0,10	0,08	-1,34	0,18
esc4	-0,15	0,06	-2,55	0,01

Em relação às variáveis psicológicas, a satisfação com a imagem corporal novamente aparece como central. Concluiu-se que cada 3 pontos a mais na Escala de satisfação com a imagem corporal reduzem em 1% menos de probabilidade de positividade no EAT ($\beta=-0,003$, $p=0,03$) (Tabela 10).

Neste modelo a alexitimia também foi significativa. Cada 3 pontos a mais na Escala de Alexitimia de Toronto implicam em 1% de aumento na probabilidade de ser EAT+ ($\beta=0,0038$, $p=0,02$). Esse resultado confirma a literatura e o presente estudo, que referem uma ligação entre a alexitimia e os transtornos alimentares.

Nota-se que a Escala de Afeto Negativo apresentou significância estatística quando foram analisadas as correlações (Tabela 6), mas não no modelo de Regressão linear (Tabela 8) e no modelo *Logit* ($\beta=0,001$, $p=0,43$). Isso ocorreu provavelmente porque no Teste de Spearman só são avaliados os efeitos totais, enquanto nas regressões os efeitos indiretos são controlados, o que altera os resultados.

No que se refere às variáveis de controle, também na Tabela 10 percebe-se que o gênero ($\beta=0,03$, $p=0,18$), a idade ($\beta=0,005$, $p=0,50$) e a classe social (cs2: $\beta=0,04$, $p=0,22$, cs3: $\beta=0,006$, $p=0,89$ e cs 4: $\beta=-0,02$, $p=0,59$) não foram significativos. Já o fato de ter a identidade racial branca diminui a probabilidade de comportamentos de risco em 11% ($\beta=$ -

0,11, $p=0,03$), o que mais uma vez reforça os dados encontrados sobre a relação entre etnia e os transtornos alimentares. Este modelo também confirma os achados importantes sobre a escolaridade. Estar cursando ou ter concluído o ensino superior diminui em 15% a probabilidade de EAT+ ($\beta=-0,15$, $p=0,01$).

Além das análises acima descritas realizaram-se Análises de Regressão linear e não linear para averiguar quais são os itens dos instrumentos utilizados que mais explicam o EAT-26 e a positividade no teste. O modelo de Regressão linear construído mostra um bom ajuste e explicou 30,94% da variância ($R^2=0,30$) (Tabela 11). Ressalta-se que as variáveis de controle foram mantidas, mas como já foram analisadas nas duas primeiras regressões, aqui tiveram apenas a função de controlar a heterogeneidade da amostra.

Tabela 11. *Análise de Regressão Linear*

Variável dependente: EAT			
Variáveis independentes	β	Erro padrão	p
gênero	0,97	0,58	0,09
idade	-0,28	0,12	0,02
raça2	-1,35	0,91	0,14
esc2	-3,11	1,19	0,00
esc3	-3,54	1,08	0,00
esc4	-2,45	1,49	0,10
cs2	-0,15	0,71	0,82
cs3	-0,42	0,94	0,65
cs4	-0,68	1,46	0,64
af23	0,70	0,38	0,06
im23	-0,88	0,40	0,03
im15	1,23	0,43	0,00
im25	-2,92	0,54	0,00
im24	-1,52	0,52	0,00
af35	-1,05	0,26	0,00
constante	31,21	3,40	0,00
N	488	F(15, 472)	13,00
R ²	0,30	Prob > F	0,00

Nota: Af 23 e af 35 = itens 23 e 25 da Escala de Afeto Negativo. Im15, im23, im24 e im25 = itens 15, 23, 24 e 25 da Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, que são invertidos no momento da correção.

Na Tabela 11 é possível observar que o item 23 da Escala de Afeto Negativo (o adjetivo “humilhado”) se correlaciona positivamente com o EAT-26 ($\beta=0,70$, $p=0,06$). Dessa forma, pode-se dizer que quanto maior o sentimento de humilhação maior é o escore no EAT-26. Tal resultado pode ser associado à constatação de que, quando comparados com adolescentes com padrões normais de alimentação, aqueles com transtornos alimentares tendem a apresentar mais sentimentos de inadequação, ansiedade e disfunção social (Valois, Zullig, Hubner & Drane, 2003). Além disso, a humilhação pode ser relacionada à falta de autoconfiança, auto-avaliação negativa, *coping* evitativo e percepção de baixo suporte social, que são fatores de risco para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (Jacobi et al., 2004)

Pode-se pensar também na questão de que uma das maiores fontes de humilhação para crianças e adolescentes é o *bullying* no contexto escolar (Ackard, Croll & Kearney-Cooke, 2002). Este tipo de violência muitas vezes tem como alvo aqueles colegas que não se enquadram no padrão estético exigido. Assim, acredita-se que as vítimas podem tentar sair da situação de humilhação buscando a esbelteza, muitas vezes conquistada através de comportamentos perigosos.

Ao contrário, observa-se que o item 35 da Escala de Afeto Negativo (o adjetivo “preocupado”) se correlaciona negativamente com o EAT-26 ($\beta=-1,05$, $p<0,01$). Portanto, quanto maior a preocupação, menor o índice de comportamentos de risco.

É difícil fornecer uma única hipótese para esta associação em função das várias conotações possíveis para a palavra “preocupado”. Fazendo uma crítica à escala, ser preocupado pode ter um sentido positivo, e, conseqüentemente ser compreendido como um afeto positivo. Por exemplo, pessoas que fazem exercícios físicos regularmente e têm uma alimentação adequada comumente são consideradas como “preocupadas” com a saúde, o que é bom. Relacionando esse adjetivo especificamente com os transtornos alimentares, é possível pensar que aqueles indivíduos mais “preocupados” com sua saúde não teriam comportamentos de risco e assim, transtornos alimentares. Pode-se também interpretar esse achado de outra maneira. Indivíduos preocupados geralmente são organizados, meticolosos e não costumam tomar atitudes arriscadas. Esse perfil mais fóbico provavelmente tem ligação com precauções em relação à saúde e, por conseguinte, com baixos índices de práticas perigosas de controle de peso.

No que diz respeito à Escala de Satisfação com a Imagem corporal, esta mais uma vez se mostra como a mais relacionada ao Teste das Atitudes Alimentares no presente estudo. Os itens 15, 23, 24 e 25 são explicativos do EAT-26.

O item de número 15, “*Sou uma pessoa sem atrativos físicos*”, se relacionou positivamente com o EAT-26 ($\beta = 1,23$, $p < 0,01$). Entende-se então que quanto mais o indivíduo se percebe como não tendo atrativos físicos, menos comportamentos de risco ele apresenta. Hipóteses para essa associação podem ser levantadas. Talvez quem se considere sem atrativos físicos não tenha uma preocupação importante com a beleza. Esses indivíduos realizam juízo de valor através de outras características que não a estética, como por exemplo, o intelecto, as relações sociais e familiares etc. Ao contrário, pessoas que se consideram atrativas talvez sejam muito ligadas aos atributos físicos e busquem o corpo perfeito de maneira obsessiva, o que aumenta a chance de desenvolver comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

A questão 23, “*Estou sempre preocupado com o fato de poder estar gordo*” se associou significativamente com o EAT-26 ($\beta = -0,88$, $p = 0,03$). Dessa forma, conclui-se que quanto maior a preocupação com a gordura, maior o resultado no EAT-26. Esse resultado confirma a literatura, que traz o medo doentio da obesidade como central no diagnóstico (American Psychiatric Association, 2003). Assim como no presente trabalho, uma série de estudos demonstra que preocupação com o peso e em estar magro são fortes preditores de transtornos alimentares (Crocker, Sabiston & Forrester, 2003; Johnson & Wardle, 2005; Oliveira & Santos, 2006; Pesa, Syre & Jones, 2000; The McKnight Investigators, 2003).

Os itens 24 e 25 tratam do mesmo comportamento de risco e, portanto, podem ser discutidos conjuntamente. A afirmação 24, “*Estou fazendo dieta atualmente*” se relacionou negativamente com o EAT-26 ($\beta = -1,52$, $p < 0,01$), bem como a 25, “*Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais*” ($\beta = -2,92$, $p < 0,01$). É importante salientar que, avaliando todos os instrumentos, este último (item 25) é o que mais se relaciona com o EAT-26.

Logo, estar fazendo dieta atualmente ou tentar frequentemente perder peso através de dietas drásticas e radicais eleva a pontuação no EAT-26. É consenso entre os estudiosos da área que métodos de controle de peso inadequados e história de regime são fatores preditores para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (Johnson & Wardle, 2005; Killen et

al., 1994; Nunes et al., 2003). Resultados semelhantes aos deste estudo são expostos pela literatura, que aponta para um risco maior de desenvolvimento de um transtorno alimentar em indivíduos que estão fazendo dieta (Andrade & Bosi, 2003; Field et al., 2001; Jacobi et al., 2004; Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002; O'Connor, Simmons & Cooper, 2003; Ostovich & Rozin, 2004; Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007; Weinberg, 2001). Conclui-se então que fazer dietas severas aumenta muito o risco de instalação de transtornos alimentares, o que serve de alerta principalmente para as mulheres, que frequentemente utilizam esse método de emagrecimento.

Finalmente, para investigar que itens das escalas explicariam a positividade no EAT-26, foi criado um modelo de Regressão não linear. Os resultados podem ser visualizados nas tabelas abaixo:

Tabela 12. *Análise de Regressão não Linear (Logit)*

Variável dependente: EAT +				
Variáveis independentes	β	Erro Padrão	z	p
idade	0,10	0,08	1,33	0,18
raça2	-0,72	0,40	-1,81	0,07
esc2	-0,50	0,66	-0,76	0,44
esc3	-0,89	0,67	-1,33	0,18
esc4	-1,99	0,97	-2,05	0,04
cs2	0,19	0,40	0,49	0,62
cs3	-0,32	0,47	-0,68	0,49
cs4	0,03	0,61	0,05	0,95
im16	-0,56	0,26	-2,16	0,03
af15	-0,26	0,13	-1,99	0,04
im4	-0,53	0,24	-2,20	0,02
im23	-0,51	0,22	-2,24	0,02
im25	-0,74	0,21	-3,46	0,00
constante	3,42	1,61	2,12	0,03
N	441	Wald $\chi^2(15)$	73,29	
		Pseudo R ²	0,231	

Nota: Classificados corretamente: 86,85%

Tabela 13. *Efeitos Marginais do Logit*

Variável dependente: EAT+

Variáveis independentes	β	Erro Padrão	z	p
idade	0,00	0,00	1,34	0,17
raça2	-0,07	0,04	-1,58	0,11
esc2	-0,03	0,04	-0,84	0,40
esc3	-0,07	0,05	-1,35	0,17
esc4	-0,11	0,04	-2,61	0,00
cs2	0,01	0,03	0,48	0,63
cs3	-0,02	0,03	-0,74	0,45
cs4	0,00	0,05	0,05	0,95
im16	-0,04	0,02	-2,29	0,02
af15	-0,02	0,01	-1,96	0,05
im4	-0,04	0,01	-2,26	0,02
im23	-0,04	0,01	-2,33	0,02
im25	-0,06	0,01	-3,23	0,00

Nota: Af15= item 15 da Escala de Afeto Positivo. Im4 e im16= itens 4 (invetido na correção) e 16 da Escala de Satisfação com a Imagem Corporal.

Os resultados desta análise mostram que o item 15 (o adjetivo “determinado”) da Escala de Afeto Positivo tem uma relação negativa com o EAT+ ($\beta=-0,02$, $p=0,05$). Portanto, conclui-se que pouca determinação aumenta a chance de positividade no EAT-26.

Pode-se avaliar tal achado fazendo um paralelo com a constatação de que pacientes com transtornos alimentares apresentam conformismo, tendência excessiva à “adaptabilidade à realidade” (Hecovici & Bay, 1997) e déficits de autonomia (Frederick & Grow, 2006), características opostas à determinação. Mas essa idéia é passível de questionamentos. É notável que este tenha sido o único afeto positivo significativo nas análises de regressão. Nesse sentido, anoréxicos restritivos, por exemplo, seguem rigorosamente seus métodos de controle de peso e buscam com afinco seu objetivo principal, a magreza. Entretanto, essa determinação é ligada à doença, à necessidade obsessiva de controle. O termo “determinação” como afeto positivo se relaciona à capacidade de decisão, autonomia e busca de objetivos. Novamente salienta-se a dúvida sobre a adequação deste instrumento em investigações sobre transtornos alimentares.

Quanto à Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, as afirmações 4, 15, 16, 23 e 25 se mostraram significativas para a positividade no EAT-26. Em primeiro lugar, o item

4, “*Se eu pudesse, mudaria muitas coisas na minha aparência*” se relacionou negativamente com o EAT+ ($\beta = -0,04$, $p = 0,02$). Deste modo, quem mudaria muitas coisas em sua aparência tem mais chance de ter comportamentos perigosos.

Essa ligação pode ser compreendida através do perfeccionismo e auto-exigência característicos de pacientes com transtornos alimentares. Esses indivíduos têm uma insatisfação permanente (Mejía, Díaz, Sierra & Monsalve, 2003) em função de ideais baseados em padrões idealizados. Estabelecem objetivos de conduta muito elevados e, portanto, difíceis de atingir. Tal associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o risco para os transtornos alimentares é consenso entre os pesquisadores (Cicco et al., 2006; Crocker, Sabiston & Forrester, 2003; Donovan, Spence & Sheffield, 2006; Field et al., 2001; Silva, Andrade, Araújo & Cavalcanti, 2007) e é confirmada por todas as análises deste estudo.

O item 16, “*Meu corpo é sexualmente atraente*” se relacionou negativamente com a positividade no teste ($\beta = -0,04$, $p = 0,02$). Dessa maneira, considerar o próprio corpo como atraente diminui a chance de EAT+. Já foi dito que a sexualidade é uma área conturbada na vida dos pacientes com transtornos alimentares. Tal resultado pode ser compreendido através da concepção de que na anorexia nervosa há um decréscimo na atividade sexual, com características infantis. Sabe-se que o padrão de beleza feminino na opinião dos homens não é o da magreza extrema. Isso reforça a idéia de que a busca pelo corpo “perfeito” nas anoréxicas não está relacionado ao desejo de ser mais sensual ou de atrair fisicamente o sexo oposto, mas é na verdade um conflito muito mais primitivo. Na bulimia nervosa, ao contrário, há um acréscimo da sexualidade (Eddy, Movotny & Westen, 2004), mas que também tem características patológicas. Os relacionamentos são instáveis, intensos e muitas vezes até promíscuos (Abreu, 2002). A sexualidade não é adulta, mas faz parte de uma problemática maior que envolve insegurança, busca de aceitação e controle.

Assim como encontrado na análise linear (Tabela 11), aqui as afirmações 23, “*Estou sempre preocupado com o fato de poder estar gordo*” e 25, “*Freqüentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais*” se apresentam significativamente relacionadas com o EAT-26 ($\beta = 0,04$, $p = 0,02$ e $\beta = -0,06$, $p < 0,01$, respectivamente). Assim, novamente é confirmada a idéia de que a preocupação com a gordura e a tentativa de perder peso através

de dietas drásticas e radicais aumentam significativamente a chance de ter comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

Neste segundo estudo, a literatura na área foi confirmada especialmente no que tange à relação entre os transtornos alimentares e problemas com a imagem corporal. Encontrou-se que indivíduos com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam insatisfação com a imagem corporal. As participantes mulheres também apresentam também baixa auto-estima, pouca satisfação com a vida e um alto índice de afeto negativo e alexitimia.

Nas análises de regressão, a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal se mostrou explicativa do EAT-26. Comportamentos de risco para os transtornos alimentares não tiveram diferença entre as idades, mas o fato de ser mulher, não-branco ou ter pouca escolaridade aumenta a pontuação neste instrumento.

Constatou-se que o aumento da pontuação na Escala de Satisfação com a Imagem corporal reduz a probabilidade de positividade no EAT-26. Ao contrário, pontos a mais na Escala de Alexitimia de Toronto implicam em aumento na probabilidade de EAT+.

Além disso, o afeto negativo “humilhado” se correlacionou positivamente com o EAT-26, enquanto que o afeto negativo “preocupado” teve uma correlação negativa. Na Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, o item “*Sou uma pessoa sem atributos físicos*” se relacionou positivamente com o EAT-26. As questões “*Estou sempre preocupado com o fato de poder estar gordo*”, “*Estou fazendo dieta atualmente*” e “*Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais*” também apresentaram relação significativa com o instrumento.

Ademais, os resultados mostram que pouca determinação (afeto positivo “determinado”) aumenta a chance de positividade no EAT-26. Quanto à Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, se mostraram significativos para a positividade no EAT-26 o desejo de mudar muitas coisas na própria aparência, a preocupação constante com a gordura e a realização de dietas drásticas e radicais. Contrariamente, o item “*Meu corpo é sexualmente atraente*” se relacionou negativamente com o EAT+.

Finalmente, reitera-se que os achados deste estudo, principalmente os referentes à imagem corporal, são preocupantes. Sabe-se que a insatisfação corporal é forte preditora de anorexia nervosa e bulimia nervosa em mulheres. Essa insatisfação é generalizada

atualmente. Até mesmo as adolescentes com peso adequado desejam um corpo mais esbelto e se preocupam muito com a possibilidade de engordarem. Então, muitos comportamentos são adotados como forma de obter maior satisfação e diminuir medidas. A realização de dietas é um dos mais freqüentes, e foi comprovado nesta amostra que aumenta significativamente o risco para os transtornos alimentares. O desejo de emagrecer e a preocupação em estar gordo, tão comuns hoje em dia, também aumentam esse risco.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho investigou comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens, com ênfase em aspectos psicológicos e culturais. Para tanto, foram realizados dois estudos com o objetivo de verificar associações entre esses comportamentos e variáveis regionais, socioeconômicas e raciais, satisfação com a imagem corporal, auto-estima, bem-estar subjetivo e alexitimia.

Entre os resultados, no Estudo I encontrou-se um maior número de comportamentos de risco nos municípios do interior do Estado, entre os participantes de identidade racial não branca e nas mulheres. Não houve diferenças significativas no que se refere à classe socioeconômica. No Estudo II foi constatado que indivíduos com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares apresentam insatisfação com a imagem corporal. As mulheres também apresentam também baixa auto-estima, pouca satisfação com a vida e um alto índice de afeto negativo e alexitimia. Destaca-se como central o resultado de que a insatisfação com o corpo e a realização de dietas foram os fatores que mais explicaram a positividade no Teste das Atitudes Alimentares, o que é grave já que pesquisas apontam que mais de 80% da população não se sente satisfeita com seu corpo (Ladeira, Andersson, Antunes & Almeida, 2008; Pinheiro & Giugliani, 2006).

Integrados, os dois estudos confirmam a importância do fenômeno investigado. O achado de que 17% dos participantes apresentam comportamentos de risco para os transtornos alimentares é preocupante. Essas patologias devem ser vistas hoje como problemas de saúde pública. Em função dos significativos graus de morbidade e mortalidade, do prejuízo pessoal e social de indivíduos e o prognóstico reservado, merecem a atenção de toda a sociedade. Entretanto, considera-se que o meio científico, a sociedade, o governo e a mídia não dão a devida importância para o problema.

Acredita-se que o presente trabalho pode contribuir para um maior conhecimento de comportamentos e fatores de risco e para a noção de que toda a população está em perigo. Consequentemente pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas mais pontuais e eficazes. Em relação à prevenção, ainda são poucos os estudos que se destinam, por exemplo, a promover comportamentos alimentares saudáveis em indivíduos de peso

normal, a identificar grupos de alto risco e indivíduos mais vulneráveis. Também são escassas as investigações sobre como prevenir o início de comportamentos alimentares inadequados. Mais raras ainda são aquelas que se dedicam ao desenvolvimento, orientação, implementação e avaliação de programas de prevenção e de políticas de saúde e educação.

Neste sentido, considera-se muito importante a criação de campanhas governamentais de alerta, visando à prevenção dos transtornos alimentares, à propagação de comportamentos alimentares saudáveis e à promoção de um debate entre as diversas áreas da sociedade sobre o modelo estético vigente, obsessivamente buscado, difícil de ser obtido e prejudicial à saúde física e mental. Acredita-se que tais ações proporcionariam um maior conhecimento e sensibilização da população leiga sobre estes transtornos e conseqüentemente um aumento na procura por ajuda.

Também seria adequado o desenvolvimento, no contexto nacional, de programas que estimulassem o interesse e treinassem profissionais de diversas áreas (educação, saúde, esportes, moda, beleza e comunicação) para lidar com a preocupação exagerada com a estética corporal dos dias atuais. Considera-se que um dos pontos mais importantes deste trabalho é o resultado sobre a escolaridade. Verificou-se que esta pode ser um fator de proteção contra os transtornos alimentares. Assim, acredita-se que especialmente nas escolas um maior investimento governamental é necessário. É importante uma melhor formação dos professores no que se refere à prevenção e reconhecimento de possíveis casos em sala de aula. Além disso, poderiam ser incluídas no currículo escolar (nas diversas disciplinas), discussões sistemáticas sobre os padrões de beleza impostos e sobre a importância de valorizar de outros atributos que não só os físicos. Na prática, os educadores poderiam incrementar a auto-estima dos estudantes estimulando, por exemplo, a determinação, o desempenho acadêmico, esportivo, a colaboração e a amizade.

Acredita-se que estas estratégias deveriam começar já na pré-escola e ir até os níveis mais altos de escolaridade, já que no presente estudo verificou-se que atualmente não só os adolescentes, mas também os adultos estão em perigo. Tais ações deveriam também ser diferenciadas conforme a faixa etária. Ademais, a participação dos pais seria fundamental, já que conhecendo o problema poderiam repensar seus valores, a maneira que educam os filhos e ficar atentos a comportamentos de risco e indícios dos transtornos. Por exemplo, investigações que utilizaram a educação nutricional como estratégia de intervenção se

mostraram eficientes e conseguiram a melhora nos conhecimentos sobre nutrição, atitudes e comportamentos alimentares, influenciando até os hábitos alimentares da família (Pérez-Rodrigo & Aranceta, 2001).

Em relação ao desenvolvimento de futuras investigações, acredita-se especialmente na importância daquelas realizadas no Brasil. Cerca de 94% das pesquisas na área são realizadas nos Estados Unidos, na Europa, na Austrália e na Nova Zelândia, e somente 6% no resto do mundo (Cordas, 2004). Poucos trabalhos sistemáticos são oriundos de outras culturas, especialmente de minorias.

Assim, considera-se que mais pesquisas são necessárias para um maior entendimento da relação entre comportamentos alimentares inadequados/transtornos alimentares e os aspectos socioculturais, especialmente sobre variáveis socioeconômicas, transculturais e raciais, sobre o impacto da cultura na imagem corporal e nas práticas alimentares. Uma reflexão aprofundada também é necessária para o entendimento do maior risco na população menos valorizada socialmente (mulheres, não-brancos e menos escolarizados). Além disso, consideram-se importantes estudos sobre a subjetividade feminina, que podem favorecer uma maior conscientização do papel da mulher na sociedade, possibilitando uma aproximação crítica da realidade da influência dos meios de comunicação de massa nos dias de hoje.

No que tange aos aspectos psicológicos – apenas separados aqui para fins didáticos, já que são indissociáveis dos aspectos culturais –, sugerem-se mais pesquisas sobre a distorção e a insatisfação corporal em homens, além de sua associação com o aumento do número de casos de vigorexia nas últimas décadas. O achado do presente trabalho de que 15% dos participantes do gênero masculino apresentam comportamentos de risco é preocupante e merece atenção em novos estudos. Futuras pesquisas devem elucidar também a relação entre personalidade e transtornos alimentares e ajudar assim os especialistas no desenvolvimento de estratégias mais efetivas no tratamento de indivíduos com comorbidades. Acredita-se também na importância de pesquisas realizadas em populações consideradas de risco, como em academias de ginástica e agências de modelos, que podem facilitar a compreensão da etiologia dessas doenças.

Em relação à metodologia dos estudos recomendados, acredita-se que vários delineamentos são importantes. Sugere-se, em primeiro lugar, a realização de mais

pesquisas qualitativas, necessárias para elucidar com maior profundidade fenômenos complexos como o aumento de casos em homens, a maior incidência de bulimia nervosa nas cidades do que em áreas rurais, o papel da família no desenvolvimento e manutenção dessas doenças e as representações culturais da magreza. Acredita-se que estudos longitudinais também são bem-vindos, especialmente para que se possa discutir a hipótese de relações causais.

Ao mesmo tempo, pesquisas quantitativas serão adequadas, por exemplo, para avaliar a eficácia do tratamento para os transtornos alimentares. Nesse sentido, embora a psicoterapia seja comprovadamente um dos componentes mais eficazes para a melhora das pacientes, mais estudos são necessários, especialmente aqueles com um número alto de participantes. Amostras grandes também podem colaborar para o estabelecimento de relações do nível de satisfação corporal com outras variáveis como gênero e classe socioeconômica.

Além disso, pesquisas epidemiológicas são fundamentais para a determinação, por exemplo, da prevalência de transtornos alimentares e comportamentos de risco. São raras as investigações que estimam a prevalência em países não-ocidentais. No Brasil, são poucos os estudos dessa natureza, visto que se tornam uma tarefa árdua se não há um número suficiente medidas diagnósticas específicas validadas. Acredita-se que para o crescimento da área no país são necessários esforços no sentido de desenvolver e validar, para o contexto nacional, instrumentos específicos para a avaliação dos transtornos alimentares

Ademais, em função da complexidade dessas enfermidades, da gravidade e da etiologia multifatorial, acredita-se também que estudos interdisciplinares podem esclarecer o fenômeno com mais acuidade e profundidade. Sugere-se a realização de investigações conjuntas de pesquisadores psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, psiquiatras, clínicos, endocrinologistas, educadores físicos, cientistas sociais, antropólogos, entre outros.

Por fim, cabe salientar que no estudo de pós-doutoramento aspira-se analisar mais detalhadamente os dados obtidos no presente trabalho. Espera-se, entre outros, analisar as correlações entre as demais variáveis (sem o Teste das Atitudes Alimentares), pois há interesse teórico em observar associações entre auto-estima, bem-estar subjetivo, satisfação com a imagem corporal, alexitimia, raça, idade, gênero e classe socioeconômica. Espera-se também analisar separadamente as subescalas e até mesmo itens dos instrumentos

utilizados. Será realizada, por exemplo, uma análise de cada uma das questões do Teste das Atitudes Alimentares, para verificar quais os comportamentos de risco são mais frequentes e preocupantes entre os jovens.

REFERÊNCIAS

- Abood, D. A. & Chandler, S. B. (1997). Race and role of weight, weight change, and body dissatisfaction in eating disorders. *American Journal of Health Behavior*, 21, 21-25.
- Abramovitz, B.A. & Birch, L.L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by mothers' dieting. *Journal of American Diet Association*, 2(2), 310-307.
- Abreu, C. N. (2002). Psicoterapia Construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas. In B. Rangé (Ed.), *Atualizações Em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp.43-65). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, C.N. & Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 153-165.
- Abuchaim, A. L. G. (1998). Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In M. A. Nunes et al. (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 13-20). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abuchaim, A. L. G., Somenzi, L. & Duchesne, M. (1998). Aspectos psicológicos. In M. A. Nunes et al. (Eds.) *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ackard, D.M., Croll, J.K. & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college female: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52,129-136.
- Agras, W.S., Bryson, S., Hammer, L. D. & Kraemer, H. C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 171-178.
- Akan, G.E. & Grilo, C.M. (1995). Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image, and psychological functioning: A comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 181-187.
- Almeida, G. A. N., Santos, J., Pasian, S. R. & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

- Amaral, A.C.S., Andrade, M.R.M, Oliveira, T.P., Madeira, R.H.A. & Ferreira, M.E.C. (2007). A cultura do corpo ideal: nível de satisfação corporal entre escolares de diferentes faixas etárias - estudo comparativo. *HU Revista*, 33(2), 41-45.
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-39.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, A. & Bosi, M. M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 16(1), 117-125.
- Andrade, D. & Angerami, E.L.S. (2001). A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(6), 37-41.
- Antunes, L. C., Bragança, A. C., Moreira, J. D., Falceto, O. G. & Sanches, P. C. (2008, Setembro). *Avaliação de hábitos alimentares e evolução ponderal em pacientes com anorexia nervosa em atendimento no centro de atenção psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, R.S., Brasil*. Trabalho apresentado na Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.
- Aruguete, M.S., DeBord, K.A., Yates, A. & Edman, J. (2005). Ethnic and gender differences in eating attitudes among black and white college students. *Eating Behaviors*, 6(4), 328-336.
- Bacaltchuk, J., Hay, P. & Mari, J. J. (2000). Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: A systematic review. *Cochrane Database System Review*, 2(2), 310-307.
- Ballester, F.D., De Gracia, B.M., Patiño, M. J., Suñol, G. C. & Ferrer, A. M. (2002). Eating attitudes and body satisfaction in adolescents: A prevalence study. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 30(4), 207-212.
- Barros, C.A.S.M. (1994). *Alcoolismo, Obesidade, Consultoria Psiquiátrica*. Porto Alegre: Editora Movimento.
- Barros, C.A.S.M. & Nahra, C.L. (1999). O padrão alimentar anormal em estudantes de porto alegre: levantamento epidemiológico medido pelo EAT-26. *Revista Aletheia* (9), 27-38.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

- Barros, D.D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, 12(2), 547-554.
- Beales, D.L. & Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care. *British Journal of General Practice*, 50(450), 21-26.
- Beatty, D. & Finn, S. C. (1995). Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: Women's health and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(3), 362-366.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.
- Bell, B. T., Lawton, R. & Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 4, 137-145.
- Berkman, N. D., Bulik, C. M., Brownley, K. A., Lohr, K. N., Sedway, J. A., Rooks, A. et al. (2006). Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bergman, M. & Scott, J. (2001). Young adolescents' well-being and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 183-197.
- Berrocal, C. (2002). Transtorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 2(3), 407-424.
- Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J.A., Goldner, E.M. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 143-146.
- Blowers, L.C., Loxton, N.J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S. & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4(3), 229-244.
- Bohm, C. C. (2004). *Um peso, uma medida: o padrão da beleza feminina apresentado por três revistas brasileiras*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Jornalismo). Universidade Bandeirante de São Paulo, São Paulo.

- Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 197-202.
- Bollen, E. & Franz, L.W. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117-121.
- Borges, N.J.B.G., Sicchieri, J.M.F., Ribeiro, R.P.P., Marchini, J.S. & Dos Santos, J.E. (2006). Transtornos Alimentares: quadro clínico. *Medicina Ribeirão Preto*, 39(3), 340-348.
- Boris, G.D.J.B. & Cesídio, M.H. (2007). Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 4(2), 451-478.
- Bosi, M.L.M., Luiz, R.R., Morgado, C.M.C., Costa, M.L.S. & Carvalho, R.J. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 34-40.
- Bosi, M.L.M., Luiz, R.R., Uchimura, K.Y. & Oliveira, F.P. (2008) Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 28-33.
- Bourke, M. P., Taylor, G.J, Parker, J.D. & Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Braggion, G.F. (2002). *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 de doutorado não publicada. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Branco, L.M., Hilário, M.O.E. & Cintra, I.P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 292-296.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buckroyd, J. (2000). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Ágora.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

- Buddeberg-Fischer, B., Bernet, R., Sieber, M., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behavior and weight distribution in 14 - to 19 year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 296-304.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D. & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20.
- Busse, S. R. & Silva, B. L. (2004). Transtornos alimentares. In S. R. Busse (Ed.). *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp. 31-99). Barueri: Manole.
- Campbell, R. J. (1996). *Psychiatric Dictionary*. New York: Oxford University Press.
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., Sepede, G., Mancini, E., La Rovere, R., Salini, G., Cotellessa, C., Salerno, R.M. & Ferro, F. M. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-40.
- Cash, T.F. (1994). *User's manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*. Noruega: Old Dominion University.
- Castilho, S.M. (2001). *A imagem corporal*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Castro, M. J. & Goldstein, J. S. (1995). Eating attitudes and behaviors of pre-and postpubertal females: Clues to the etiology of eating disorders. *Physiology and Behavior*, 58(1), 15-23.
- Chen, W. & Swalm, R. L. (1998). Chinese and American college students' body image: Perceived body shape and body affect. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 395-403.
- Chiodini, J. S. & Oliveira, M.M.R. (2003). Comportamento alimentar de adolescentes: aplicação do EAT-26 em uma escola pública. *Saúde em Revista*. 5(9), 53-58.
- Chipkevitch, E. (1987). O adolescente e o corpo. *Pediatria moderna*, 22, 231-237.
- Choudry, I.Y. & Mumford, D. B. (1992). A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using an Urdu version of the Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 243-251.
- Chui, W., Safer, D. L., Bryson, S. W. Agras, W. S. & Wilson, G.T. (2007) A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 8(4), 485-491.

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

- Cicco, M.F., Santos, N.O., Silva, M.M., Laham, C., Garrido Junior, A. & Lucia, M.C.S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar* 4(1), 12-17.
- Coelho, E.J.N. & Fagundes, T.F. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes econômicas. *Motriz*, 13(2), 37-43.
- Conti, M.A., Gambardella, A.M.D. & Frutuoso, M.F.P. (2005). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 36-44.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6, 485-494.
- Cordás, T.A. (2000). Transtornos alimentares em discussão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 178-179.
- Cordás, T.A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- Cordás, A.T. & Busse, S. (1995). Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia nervosas. In M. R. L. Neto, T. Motta, Y-P. Wang & H. Elkis (Eds.), *Psiquiatria Básica* (pp. 273-282). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordás, T.A. & Castilho, S. (1994). Imagem corporal nos transtornos alimentares. Instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiquiatria Biológica*, 2, 17-21.
- Cordás, A.T. & Claudino, A.M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 3-6.
- Cordás, T.A. & Hochgraf, P.O. (1993). Bulimic Investigatory Test Edinburgh. O "BITE": Instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42, 141-144.
- Crago, M. & Shisslak, C.M. (2003). Ethnic differences in dieting, binge eating, and purging behaviors among american females: A review. *Eating Disorders*, 11, 289-304.
- Crocker, P., Sabiston, C. & Forrester, S. (2003). Predicting change in physical activity, dietary restraint, and physique anxiety in adolescent girls. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 332-337.

- Davis, C. & Yager, J. (1992). Transcultural aspects of eating disorders: A critic literature review. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 377-394.
- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P., Ceci, A., Mancini, E., La Rovere, R., Cicconetti, A., Penna, L., Di Matteo, D., Scorrano, B., Cotellessa, C., Salerno, R.M., Serroni, N. & Ferro, F.M. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8(3), 296-304.
- Deiro, C. P. (2009). *Transtornos alimentares: colaborações da terapia cognitivo comportamental para o tratamento*. Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Clínica). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- De la Rie, S. M., Noordenbox, G. & van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511-1522.
- De-Panfilis, C., Salvatore, P., Avanzini, M., Gariboldi, S. & Maggini, C. (2001). Alexithymia in eating disorders: A personality disturbance? *Psiquiatria e Psicoterapia Analitica*, 20(4), 349-361.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Doll, H.A., Petersen, S.E. & Stewart-Brown, S.L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of Life Research*, 14, 705-717
- Dolto, F. (2001). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.

Código de campo alterado

- Donovan, C.L., Spence, H. & Sheffield, J.K. (2006). Investigation of a model of weight restricting behavior among adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 468-484.
- Doyle, J. & Briant-Waugh, R. (2000). Epidemiology. In B. Lask & R. Briant-Waugh (Eds.). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. (pp. 41-61). East Sussex: Psychology Press.
- Duchesne M. & Appolinário, J.C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. In B. Rangé. (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 317-322). Porto Alegre: Artmed.
- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L.F., Veiga, H., Rizo, L. & Appolinario, J.C. (2004). Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 107-117.
- Due, P., Holstein, B.E., Ito, H. & Groth, M.V. (1991). Diet and health behavior in Danish children aged 11-15 years. *Tandlaegernes Tidsskr*, 6(8), 232-237.
- Dunker, K.L.L. & Philippi, S.T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60.
- Eddy, K. T., Hennessey, M. & Thompson-Brenner, H. (2007). Eating pathology in East African women: The role of media exposure and globalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 196-202.
- Eddy, K.T., Movotny, C.M. & Westen, D. (2004). Sexuality, personality, and eating disorders. *Eating Disorders*, 12, 191-208.
- Eizaguirre, A.E., Cabezón, M.A.S. & Alda, I.O. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149
- Emmons, L. (1992). Dieting and purging behavior in black and white high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 3, 306- 312.
- Espina, E. A., Ortega, S. C. M. A. & Ochoa, A. M. I. (2001). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios em alexitimia. *Anales de Psiquiatria*, 17(2), 64-72.
- Espina, E. A., Ortega, S. C. M. A., Ochoa, A. M. I. & Aleman, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Analisis y Modificacion de Conducta*, 28(117), 25-42.

- Fairburn, C.G. (1991). The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 35(1), 3-9.
- Fairburn, C. G., Phill, M. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Falceto, O. G., Rosa, J. C. S., Tetelbom, M., Sukster, E., Benetti, S. P. C., Cohen, S. C. P. & Wainstein, M. (1993). Anorexia nervosa: Querem que eu viva? *Revista ABP-APAL*, 15(1), 11-16.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23(4), 361-371.
- Fasolo, C. & Diniz, T.C. (1998). Aspectos familiares. In M. C. Nunes et al. (Eds.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 77-85). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernandes, A. E. R. (2007). *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
- Fernandes, C. A. M., Rodrigues, A. P. C., Nozaki, V. T. & Marcon, S. S. (2007). Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo com universitárias de uma instituição de ensino particular. *Arquivos de Ciências da Saúde Unipar*, 11(1), 33-38.
- Fernandez, A. (1995, Novembro). *Aprendizagem e as questões de gênero*. Trabalho apresentado no auditório da FAPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A.P., Thornton, L.M., Berrettini, W.H., Crow, S. & Fichter, M.M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 15(1), 147-157.
- Ferreira, M.G. & Leite, N.G.M. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 2, 141-149.

Código de campo alterado

- Fiates, G. M. R. & Salles, R. K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição, 14*, 1-8.
- Field, E.A., Camargo Jr., C., Taylor, B., Berkey, C., Roberts, S. & Colditz, G. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns, and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics, 107*, 54-60.
- Field, E.A., Colditz, G. A. & Peterson, K. E. (1997). Racial/ethnic and gender differences in concern with weight and bulimic behaviors among adolescents. *Obesity Research, 5*, 447-454.
- Flannery-Schroeder, E.C. & Chrisler, J.C. (1996). Body esteem, eating attitudes, and gender role orientation in three age groups of children. *Current Psychology, 15*, 235-248.
- Fleitlich, B.W., Larino, M.A., Cobelo, A. & Cordás, T.A. (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria, 76*, 323-329.
- Fonseca, H., Ireland, M. & Resnick M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 32*(4), 441-448.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review, 13*(1), 61-70.
- Frederick, C.M. & Grow, V.M. (2006). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly, 20*(2), 217-228.
- Freitas, S., Gorenstein, C. & Appolinario, J.C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 34-38.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology, 87*(2), 327-337.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M., Kaplan, A.S., Rodin, G. & Kennedy, S. (1983). Differential diagnosis of emotional disorders that cause weight loss. *Canadian Medical Association Journal, 129*, 939-945.
- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. & Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*, 445-446.

- Garner, D.M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M., Stark, K., Friedman, B.N. & Jackson, N.A. (2002). Predictors of eating disorders scores in children ages six through 14: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 104(2), 122-130.
- Ghazal, N., Agoub, M., Moussaoui, D. & Battas, O. (2001). Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. *Encephale*, 27, 338-342.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-Estar Subjetivo infantil: conceito de Felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação Em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Giacomoni, C.H. & Hutz, C.S. (2006). Escala de afeto positivo e negativo para crianças: Estudos de construção e validação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(2), 235-245.
- Giordani, R.C.F. (2006). A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 81-88.
- Goldenberg, M. (2002). *Nu & vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, M. (2005). Gênero e Corpo na Cultura Brasileira. *Psicologia Clínica*, 17(2), 65-80.
- Gonçalves, T.D., Barbosa, M.P., Rosa, L.C.L. & Magna, A. (2008). Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 166-170.
- Gonzales, N., Padierna, A., Quintana, J., Arostegui, I. & Horcajo, M. (2001). Quality of life in patients with eating disorders. *Gaceta Sanitaria*, 15, 18-24.

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 645-655.

Grabarek, C. & Cooper, S. (2008). Graduate students' social and emotional functioning relative to characteristics of eating disorders. *General Psychology*, 135(4), 425-451.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Graham, M.A., Eich, C., Kepphart, B. & Peterson, D. (2000). Relationship among body image, sex and popularity of high school students. *Perceptual & Motor Skills*, 90, 1187-1193.

Código de campo alterado

Grange, D., Stone, A. A. & Brownell, K. D. (1998). Eating disturbances in white and minority female dieters. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 395-403.

Gray, J., Ford, K. & Kelly, L. (1987). The prevalence bulimia in a black college population. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 733-740.

Greeno, C.G., Jackson, C., Williams, E.L. & Fortman, S.P. (1998). The effect of perceived control over eating on the life satisfaction of women and men: Results from a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 415-419.

Grilo, C.M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports* 4(1), 18-24.

Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S. & Jeammet, P. (2000). Alexithymie et depression dans les troubles des conduites alimentaires. *Encephale*, 26(5), 1-6.

Gunewardene, A., Huon, G.F. & Zheng, R. (2001). Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 289-293.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Hay, P.J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: Estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 13-17.

Haviland, M.G., Shaw, D. G., MacMurray, J. P. & Cummings, M. A. (1988). Validation of the Toronto Scale with substance abusers. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 50, 81-87.

Henderson, M. & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Hercovici, C. & Bay, L. (1997). *Anorexia e bulimia: Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.

Código de campo alterado

Hoek, H.W., van Harten, P.N., van Hoeken, G. & Susser, E. (1998). Lack of relation between culture and anorexia nervosa - results of an incidence study on Curacao. *New England Journal of Medicine*, 338, 1231-1232.

Hoek, H.W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Hoerr, S.L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. & Keast, D.R. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *American College Nutrition*, 21(4), 307-314.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Hsu, L.K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 681-700.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.

Hutz, C. S. (2000). *Adaptação brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg*. Manuscrito não publicado, Curso de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Hutz, C. S. & Giacomoni, C. H. (1997, Setembro). A mensuração do Bem-Estar Subjetivo: Escala de Afeto Positivo e Negativo e Escala de Satisfação de Vida [Resumo]. In Sociedade Interamericana de Psicologia (Ed.), *Resumos, XXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p. 313). São Paulo, Brasil: SIP.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C. & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19-65.

Johnson, F. & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.

- Kakeshita, I.S. & Almeida, S.S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 497-504.
- Kaplan, L. (1992). Anorexia nervosa: Una búsqueda feminina de la perfeccion. In L. Kaplan (Ed.), *Adolescence, el adios a la infancia* (pp. 217-245). Buenos Aires: Paidós.
- Keel, P.K., Fulkerson, J.A. & Leon, G.R. (1997). Disordered eating precursors in pre and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(1), 203-216.
- Kellner, D. (2001). *A cultura da mídia*. Bauru: EDUSC.
- Kelly, A.M., Wall, M., Eisenberg, M.E., Story, M. & Neumark-Sztainer, D. (2005). Adolescent girls with high body satisfaction: Who are they and what can they teach us? *Journal of Adolescent Health*, 37, 391-396.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Halyward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F. & Hammer, L.D. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptom in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 227-238.
- Koslowsky, M., Schinberg, Z., Bluch, A., Mark, M., Apter, A., Danon, Y. & Solomon, Z. (1992). The factors structure and criterion validity of the short form of Eating Attitudes Test. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 27-35.
- Kostanski, M., Fischer, A. & Gullane, E. (2004). Current conceptualization of body image dissatisfaction: Have we got it wrong? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1317-1325.
- Kostanski, M. & Gullane, E. (1999). Dieting and body image in the child's world: Conceptualization and behavior. *Journal of General Psychology*, 160, 488-499.
- Ladeira, G.P., Andersson, G.B., Antunes, D.B. & Almeida, M.B. (2008, Novembro). *Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em alunas do curso de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas - RS*. Trabalho apresentado no XVII Congresso de Iniciação Científica/X Encontro de Pós-graduação da UFPel, Pelotas, Brasil.
- Lattimore, P.J. & Butterworth, M. (1999). A test of the structural model of initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 295-299.

- Le Grange, D., Telch, C.F. & Agras, W.S. (1997). Eating and general psychopathology in a sample of Caucasian and ethnic minority subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 285-293.
- Le Grange, D., Tibbs, C.F. & Selibowitz, J. (1995). Eating attitudes, body shape, and self-disclosure in a community sample of adolescent girls and boys. *Eating Disorders*, 3(3), 253-264.
- Lee, S. & Lee, A.M. (2000). Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 317-327.
- Leone, J.E., Sedory, E.J. & Gray, K.A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
- Lesar, M.D., Arnow, B., Stice, E. & Agras, W.S. (2000). Private high school students are at risk for bulimic pathology. *Eating Disorders*, 9, 125-139.
- Littlewood, R. (2004). Commentary: Globalization, culture, body image, and eating disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 597-602.
- Lovejoy, M. (2001). Disturbances in social body: Differences in body image and eating problems among afro-americans e white women. *Gender and Society*, 15, 239-261.
- Maine, M. & Kelly, J. (2005). *The body myth: Adult women and pressure to be perfect*. New York: John Wiley and Sons.
- Magalhães, V.C, Gulnar, A. & Mendonça, G.A.S. (2005). Transtornos alimentares em universitárias: Estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 236-245.
- Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *Medscape General Medicine*, 6(3), 49-55.
- Marañón, I., Echeburúa, E. & Grijalva, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12(4), 217-222.
- Martinez-Sánchez, F., Ato-García, M. & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia: State or trait? *The Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 51-59.

Código de campo alterado

- Marty, P. & M'uzan, David, C. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 348-356
- Mataruna, L. (2004). Imagem corporal: noções e definições. *Revista Digital*, (10)71. Disponível em < [http://www. efdeportes.com/efd71/imagem.htm](http://www.efdeportes.com/efd71/imagem.htm)> Acesso em 03/07/2008.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.
- McClelland, L. & Crisp, A. (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 150-156.
- McDougall, J. (1989). *Teatros de La Mente. Ilusión y Verdad en el Escenario Psicoanalítico*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- McGee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-582.
- Mejía, H.D.C., Díaz, A.D., Sierra, C.M. & Monsalve, J.G.M. (2003). Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer e segundo año. *Revista CES Medicina*, 17(1), 33-45.
- Melin, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 73-76.
- Mendelson, B. K., White, D. R. & Mendelson, M. J. (1997). [*Manual for the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*]. Manuscrito não publicado. University of Chicago, Chicago.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psicosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Mintz, L.B. & O'Halloran, M.S. (2000). The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV Eating Disorder Criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489-503.
- Moreno, R. (2008). *A Beleza Impossível: Mulher, Mídia e Consumo*. São Paulo: Ágora.
- Morgan, C.M., Borges, M.B.F. & Jorge, M. (1998). Questionário sobre padrões de alimentação e peso – revisado: Um instrumento para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista ABP-APAL*, 20(4), 130-139.

- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23.
- Morgan, C.M., Yanovski, S.Z., Nguyen, T.T., McDuffie, J., Sebring, N.G. & Jorge, M.R. (2002). Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 430-41.
- Morrison, T.G., Kalin, R. & Morrison, M.A. (2004). Body-image evaluation and body-image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39, 571-92.
- Moya, T., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., Nogueira, F.C., Focchi, F.S., Nicoletti, M., Pinzon, V., Cordás, T.A. & Lotufo Neto, F. (2005). The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): Development and validation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 25-31.
- Mukai, T. (1996). Mothers, peers, and perceived pressure to diet among Japanese adolescent girls. *Journal of Adolescence Research*, 6, 309-324.
- Muth, J.L. & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.
- Nachmias, C. & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- Nadaoka, T., Oiji, A., Takahashi, S., Morioka, Y., Kashiwakura, M. & Totsuka, S. (1996). An epidemiological study of eating disorders in a northern area of Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 305-310.
- Nasser, M. (1998). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 573-577.
- Negrão, A.B. & Cordás, T.A. (1996). Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America: A Brazilian sample. *Psychiatry Research*, 62(1), 17-21.
- Nemiah, J.C. (1970). The psychological management and treatment of patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 106-111.
- Neumark-Szaeimer, D., Paxton, S.J., Hannan, P.J., Stat, M., Haemes, J. & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between

body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.

Neumark-Sztamer, D., Wall, M. & Guo, J. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare five years later? *Journal of American Dietetic Association*, 106(4), 559-568.

Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201-214.

Novaes, J. V. & Vilhena, J. (2003). De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*, 8(15), 9-36.

Nunes, M. A. (1997). *Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS.

Nunes, M.A., Bagatini, L. F., Abuchaim, A. L. G., Albanese, M. T., Kunz, A., Nunes, M. L. T., Ramos, D. C., Somenzi, L., Silva, J. A. Z. & Pinheiro, A. P. (1994). O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. *Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise*, 1(1), 132-134.

Nunes, M.A., Bagatini, L.F., Abuchaim, A.L.G., Kunz, A., Ramos, D. & Silva, J.A. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: Considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL* 16(1), 7-10.

Nunes, M.A., Barros, F.C., Olinto, M.T.A., Carmey, S. & Mari, J.D. (2003). Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in Young women from Brazil: A population-based study. *Eating and Weight Disorders*, 8, 100-106.

Nunes, M. A., Olinto, M. T., Barros, F.C. & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 21-27.

Nunes, M.A. & Pinheiro, A.P. (1998). Risco e prevenção transtornos do comportamento alimentar. In M.A. Nunes et al. (Eds.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 123-129). Porto Alegre: Artes Médicas.

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

O'Connor, M., Simmons, T. & Cooper, M. (2003). Assumptions and beliefs, dieting, and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men. *Eating Behaviors*, 4, 1-6.

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

O'Dea, J.A. (1994). Food habits, body image and self-esteem of adolescent girl from disadvantaged and non-disadvantaged backgrounds. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 51, 74-78.

O'Dea, J.A. & Caputi, P. (2001). Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Education Research*, 16, 521-532.

Oehlschlaeger, M.H.K., Pinheiro, R.T., Horta, B., Gelatti, C. & Santana, P. (2004). Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 157-163.

Ogden J. & Thomas D. (1999). The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 273-279.

Oliveira, E.A. & Santos, M.A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, 39(3), 353-360.

Oliveira, F.P., Bosi, M.L.M., Vigarito, P.S. & Vieira, R.S. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9(6), 348-56.

Oliveira, L. L. (2004). *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

O'Neill, S.K. (2003). African American women and eating disturbances: A meta-analysis. *Journal of Black Psychology*, 29, 3-16.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ortega, R.M., Requejo, A.M., Andrés, P., López-Sobaler, A.M., Redondo, R. & González-Fernández, A.M. (1995). Relationship between diet composition and body mass index in a group of Spanish adolescents. *British Journal of Nutrition*, 74(6), 765-773.

- Ostovich, J. M. & Rozin, P. (2004). Body image across three generations of Americans: Inter-family correlations, gender differences, and generation differences. *Eating and Weight Disorders*, 9, 186-193.
- Ostrom, T.M. (1969). The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. *Journal of Experimental Psychology*, 5, 12-30.
- Packard, P. & Krogstrand, K. S. (2002). Half of rural girls aged 8 to 17 years report weight concerns and dietary changes, with both more prevalent with increased age. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(5), 672-677.
- Parry-Jones, B. & Parry-Jones, W.L. (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 129-143.
- Pedinielli, J.L. & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encycopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.
- Pemberton, A.R., Vernon, S.W. & Lee, E.S. (1996). Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, 144(5), 450-455.
- Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: Lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition*, 4, 131-139.
- Pesa, J.A., Syre, T.R. & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 330-337.
- Petersons, M., Rojhani, A. & Steinhaus, N. (2000). Effect of ethnic identity on attitudes, feelings, and behaviors toward food. *Eating disorders*, 8, 207-219.
- Phinney, J.S. (1992). The Multi-group Ethnic Identity Measure: A new scale to use with adolescents and young adults from diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 13, 171-183.
- Pinheiro, A.P. & Giugliani, E.R.J. (2006). Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, 82(3), 13-17.
- Pokrajac-Bulian, A. & Živčić-Bećirević, I. (2005). Locus of control and self-esteem as correlates of body dissatisfaction in Croatian university students. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 54-60.

Código de campo alterado
 Código de campo alterado
 Código de campo alterado

Power, Y., Power, L. & Canadas, M.B. (2008). Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents. *Eating Disorders*, *16*(2), 136-145.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Presnell, K., Stice, E. & Tristan, J. (2008). Experimental investigation of the effects of naturalistic dieting on bulimic symptoms: Moderating effects of depressive symptoms. *Appetite*, *50*, 91-101.

Puhl, R. & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, *9*(12), 788-805.

Rastam, M., Gillberg, C. & Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 642-646.

Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I. C. & Johanson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 385-388.

Rathner G. & Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, *23*(1), 175-184.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Reato, L.N., Harada, R.M., Hatakeyama, T.T., Kitaura, A.R., Nagaoka, B.M. & Perestrelo, V.B. (2007). Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio. *Revista Paulista de Pediatria*, *25*(1), 22-26.

Ricciardelli, L.A. & McCabe, M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *21*(3), 325-344.

Robinson, T.N., Chang, J.Y., Haydel, K.F. & Killen, J.D. (2001). Overweight concerns and body dissatisfaction among third-grade children: The impacts of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*, *138*, 181-187.

Rodin, J., Silberstein, L. & Striegel-Moore, R. (1995). Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (Ed.). *Psychology and gender* (pp.267- 307). Lincoln: University of Nebraska Press.

Rosen, K. (1996). The principles of developmental psychopathology: Illustration from the study of eating disorders. In L. Smolak et al. (Eds.), *The development psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 3-29). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University.
- Ross, M. & Wade, T.D. (2003). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 129-136.
- Rucker, C.E. & Cash, T. (1992). Body images, body size perceptions and eating behaviors among African-American and white college woman. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 291-299.
- Russel, G.F.M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. *Modern trends in psychological medicine*, 2, 131-164.
- Russel, G.F.M. (1983). Anorexia nervosa e bulimia nervosa. In G.F.M Russel & L. Hersov (Eds.). *Handbook of Psychiatry: The Neuroses and Personality Disorders* (pp.203-207). Cambridge: Cambridge University Press
- Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, 5(6), 80-90.
- Saikali, C.J., Soubilla, C.S., Scalfaro, B.M. & Cordás, T.A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Sanchez, P.C. (2006). *Funcionamento parental em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos alimentares*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Sands, E.R. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. & Sansone, L.A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7-21.
- Santos, M., Meneguci, L. & Mendonça, A.A.F. (2008). Padrão alimentar anormal em estudantes universitárias das áreas de Nutrição, Enfermagem e Ciências Biológicas. *Ciência et Praxis* 1(1), 1-4.
- Schilder, P. A. (1999). *Imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 54-58.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Schmidt, U. & Treasure, J. (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e). Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Hove: Psychology Press.

Shogren, K. A., Lopez, S. J., Wehmeyer, M. L., Little, T. D. & Pressgrove, C. L. (2006). The role of positive psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and without cognitive disabilities: An exploratory study. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 37-52.

Selvini Palazzoli, M. (1990). La familia con paciente anorexica: Un sistema modelo. In M. Selvini (Ed.), *Cronica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli* (pp.115-127). Buenos Aires: Paidós.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.

Serra, G.M.A & Santos, E.M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & saúde coletiva*, 8(3), 691-701.

Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. & Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression and Axis II. Psychopathology in eating disorder in patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286.

Shapiro, S., Newcomb, M. & Loeb, T.B. (1997). Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body-esteem: Prevalence and gender differences among eight to ten years old children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 358-365.

Shisslak, C., Crago, M. & Estes, L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.

Silva, C.G.C., Andrade, C.A.A., Araújo, E.C. & Cavalcanti, A.M.T.S. (2007). Riscos e fatores de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Revista de Enfermagem UFPE*, 1(2), 89-96.

Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M. & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 227-232.

- Smith, D.E., Thompson, J.K., Raczemsky, J.M. & Hilner, J.E. (1999). Body image among men and women in a biracial cohort: The CARDIA study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 71-82.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Society for Adolescent Medicine (1995). Eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 16, 476-480.
- Soh, N.L., Touyz, L.J. & Surgenor, S.W. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 54-65.
- Souto, S.G. (2002). *Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: CE.
- Souto, S.G. & Ferro-Bucher, J.S.N. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, 19(6), 693-704.
- Spitzer, R.L., Devlem, M., Walsh, B.T., Hasem, D., Wemg, R. & Marcus, M. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Stein, K.F. & Corte, C. (2006). Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 58-69.
- Stice, E. & Agras, W.S. (1998). Prediction onset and cessation of bulimic symptoms during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2000). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Stinson, M.K. (2001). *Women and dieting culture: Inside a commercial weight loss group*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Stracieri, A.P.M. & Oliveira, T.C. (2008). Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias. *Revista Digital de Nutrição*, 2(3), 2-11.
- Striegel-Moore, R.H. & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198.

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

Formatado: Português (Brasil)

- Striegel-Moore, R.H. & Smolak, L. (2000). The influence of ethnicity on eating disorders in women. In R.M. Eisler & M. M. Hersen (Eds.). *Handbook of Gender, Culture, and Health* (pp. 227-254). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Caldwell, M.B., Needham, M.L. & Brownell, K.D. (1996). Weight-related attitudes and behaviors of women who diet to lose weight: A comparison of black dieters and white dieters. *Obesity Research*, 4, 109-116.
- Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A. & Fairburn, C.G. (2000). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of Family Medicine*, 9, 83-88.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Su, J.C. & Birmingham, C.L. (2003). Anorexia nervosa: The cost of long-term disability. *Eating & Weight Disorders*, 8(1), 76-79.
- Surgenor, L.J., Maguire, J., Russell, J. & Touyz, S. (2006). Self-liking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 139-145.
- Taieb, O., Corcos, M., Loas, G., Speranza, M., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Halfon, O., Lang, F., Bizouard, P., Venisse, J.L., Flament, M. & Jeammet, P. (2002). Alexithymie et dépendance à l'alcool. *Annales d'e Médecine Interne*, 153(3), 51-60.
- Tavares, M.C.G. (2003). *Imagem corporal: Conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisstak, C., Byrson, S., Estes, L.S. & Gray, N. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. & Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Taylor, G.J., Ryan, D. & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Inglês (EUA)

- The McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 348-354.
- Thiel, C.B. & Mello, E.D. (2005). Tratamento nutricional da anorexia nervosa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Nutrição em Pauta*, 13(4), 32-37.
- Thompson, J.K. & Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders and obesity in youth*. Washington: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. & Lynch, J. (2001). Body image across the life Span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243-253.
- Triches, R.M. & Giugliani, E.R.G. (2007). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, 20, 119-128.
- Triches, R.M. & Giugliani, E.R.G. (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 541-547.
- Valois, R.F., Zullig, K.F., Hubner, E.S. & Drane, J.W. (2003). Dieting behaviors, weight perceptions, and life satisfaction among public high school adolescents. *Eating disorders*, 11, 271-288.
- Vervaeet, M., van Heeringen, C. & Audenaert, K. (2004). Is drive for thinness in anorectic patients associated with personality characteristics? *European Eating Disorders Review*, (12)6, 375-379.
- Vilela, J.E.M., Lamounier, J.A., Dellaretti Filho, M.A., Barros Neto, J.R. & Horta, G.M. (2004). Eating disorders in school children. *Jornal de Pediatria*, 80, 49-54.
- Vilela, J.E.M., Lamounier, J.A., Oliveira, R.G., Ribeiro, R.Q.C., Gomes, E.L.C. & Barros Neto, J.R. (2001). Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. *Psiquiatria Biológica*, 9, 121-130.
- Vitolo, M.R., Bortolini, G.A. & Horta, R.L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 20-26.
- Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joemer, T.E., Abramson, L.Y. & Heatherton, T.F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 8(4), 695-700.

Código de campo alterado

Código de campo alterado

- Wang, Z., Byrne, N.M., Kenardy, J.A. & Hills, A.P. (2005). Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating Behaviors*, 6, 23-33.
- Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Weinberg, C. (2001). Vítimas da fome. In C. Weinberg (Ed.), *Geração Delivery – Adolescer no mundo atual* (pp. 149-163). São Paulo: Sá Editora.
- Wiethaeuper, D., Alencar, M., Balbinotti, A., Pelisoli, C. & Barbosa, M.L.L. (2005). Estudos da consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 221-230.
- Wonderlich, S.A., Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C. & Harris, T.R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86(8), 1082-1086.
- Woodside, B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S. & Goldbloom, D.S. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570-574.
- Yarcheski, A., Mahon, N. & Yarcheski, T. (2001). Social support and well-being in early adolescents. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 163-181.
- Yoshida, E.M.P. (2000). Toronto Alexthymia Scale-TAS: Precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.

ANEXO A. TERMO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

REGISTRO NUMERO: 25000.089325/2006-58

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 019/2008

Título do Projeto:

Adolescentes com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: correlatos psicológicos, culturais, socioeconômicos e raciais.

Pesquisador(es):

Letícia Langlois Oliveira

Cláudio Hutz

O projeto atende aos requisitos necessários. Está aprovado pelo CEP-Psicologia por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução nº196/96 e complementares do CONEP e Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Eventos adversos e eventuais ementas ou modificações no protocolo de pesquisa devem ser comunicadas a este Comitê. Devem também ser apresentados anualmente relatórios ao Comitê, inicialmente em 02/07/2009, bem como ao término do estudo.

ANEXO B. TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA

Termo de concordância da instituição

A/C da direção da Instituição _____

Através de um Projeto de Pesquisa desenvolvido pelo Laboratório de Mensuração estamos investigando correlatos psicológicos, culturais, socioeconômicos e raciais dos transtornos alimentares. Para isso, serão avaliados adolescentes de escolas públicas e particulares.

As sessões de aplicações dos instrumentos ocorrerão na própria sala de aula e será solicitada a concordância na participação da pesquisa, sendo tomados todos os cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Os participantes serão claramente informados de que sua participação no estudo é voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição. A qualquer momento, tanto os participantes quanto a instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Os alunos que decidirem colaborar com o estudo assinarão o Consentimento Livre e Esclarecido e os estudantes menores de idade levarão este termo para que seus responsáveis assinem. Os dados obtidos através dos instrumentos serão guardados e destruídos após o período de cinco anos.

Será oferecida à instituição uma palestra ou curso sobre transtornos alimentares, tanto para o corpo discente quanto docente. A palestra para os alunos terá um caráter informativo e preventivo e será realizada após a coleta de dados. Já para os professores a atividade terá como objetivo o aprofundamento do conhecimento dos transtornos alimentares, formas de prevenção e manejo em sala de aula.

Caso sejam identificados estudantes com sintomas das doenças ou índices significativos de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, também será oferecido um encaminhamento para instituições especializadas. Se forem menores, os pais serão chamados para conversar com a pesquisadora.

Para a instituição haverá uma devolução dos resultados formais do estudo. A pesquisa será realizada pela psicóloga e doutoranda Leticia Langlois Oliveira sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Cláudio Simon Hutz.

Desde já agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através dos telefones 92466292 ou 32120605. Esclarecimentos adicionais também poderão ser obtidos pelo telefone do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS – 33085441.

Doutoranda Leticia Langlois Oliveira (CRP 1233-9)

Fone de contato: 92466292

Concordamos que os alunos desta instituição participem desta pesquisa.

Data: ___/___/___ _____

Direção da instituição _____

ANEXO C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa deste Projeto de Pesquisa, que busca estudar correlatos psicológicos, culturais, socioeconômicos e raciais dos transtornos alimentares.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa e terei total liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Concordo em participar deste estudo e entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Meu anonimato será preservado e serei identificado pelo pesquisador por um número.

As informações obtidas serão arquivadas e mantidas em sigilo pelos próximos cinco anos no Laboratório de Mensuração, localizado no Instituto de Psicologia da UFRGS. Após este período, todo o material será destruído.

Fui informado de que serão aplicados instrumentos/escalas de auto-aplicação (durante um período de aula) e que não se prevê nenhum risco para os participantes.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é o Professor Cláudio Simon Hutz, que poderá ser contatado pelo tel. 33085246. Esclarecimentos adicionais também poderão ser obtidos pelo telefone do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS – 33085441.

Data: / /

Nome e assinatura do participante: _____

Nome e assinatura do pesquisador: _____

ANEXO D. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS RESPONSÁVEIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PPG PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Aos Senhores Responsáveis:

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo avaliar correlatos psicológicos, culturais, socioeconômicos e raciais dos transtornos alimentares em adolescentes.

A participação de seu filho consistirá em responder instrumentos psicológicos que abordam questões relacionadas à alimentação, personalidade, auto-estima, bem-estar e imagem corporal. As aplicações serão realizadas na própria sala de aula.

Serão tomados todos os cuidados para garantir sigilo e confidencialidade dos dados. A participação do seu filho é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ou punição.

A sua colaboração é muito importante! A pesquisa será realizada pela psicóloga e doutoranda Leticia Langlois Oliveira sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Cláudio Simon Hutz.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através dos telefones 92466292 ou 32120605. Esclarecimentos adicionais também poderão ser obtidos através do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS pelo telefone 33085441.

Autorização:

Eu _____ (nome do responsável) fui informado dos objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento do processo. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinar este termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando que meu filho participe deste estudo.

Autorizo a participação de meu filho neste estudo ()sim ()não

Assinatura da participante Data __/__/__

Assinatura da Pesquisadora Data __/__/__

ANEXO E. TESTE DAS ATITUDES ALIMENTARES

Leia cada frase com atenção e marque opção com a qual você mais se identifica:

S = Sempre

MF = Muito freqüentemente

F = Freqüentemente

AV = Às vezes

R = Raramente

N = Nunca

S MF F AV R N

1. Costumo fazer dieta.
2. Como alimentos dietéticos.
3. Sinto-me mal após comer doces.
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.
5. Evito alimentos que contenham açúcar.
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).
8. Gosto de estar com o estômago vazio.
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.
15. Vomito depois de comer.

16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.
17. Passo muito tempo pensando em comida.
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.
19. Sinto que a comida controla a minha vida.
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.
21. Levo mais tempo que os outros para comer.
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.
25. Evito comer quando estou com fome.
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

ANEXO F. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Cidade e bairro:

Sexo: Masculino Feminino

Idade:

Raça negro pardo branco Outra. Qual? _____

Escolaridade:

- Primário incompleto
- Primário completo/ginasial incompleto
- Ginasial completo/colegial incompleto
- Colegial completo/superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação

Escolaridade do Chefe da Família:

- Analfabeto/Primário incompleto
- Primário completo/ginasial incompleto
- Ginasial completo/colegial incompleto
- Colegial completo/superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação

Circule, por favor, os itens que podem ser encontrados em sua casa e em que número:

TV Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Rádio Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Banheiro Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Automóvel Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Empregada Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Aspirador Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

Máquina de lavar Não tem 1 2 3 4 5 6 ou mais

ANEXO G. ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada:

1 - Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

2 - Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

3 - Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

4 - Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

5 - Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

6 - Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

7 - No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

8 - Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

9 - Às vezes eu me sinto inútil.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

10 - Às vezes eu acho que não presto para nada.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

**ANEXO H. ESCALAS DE AFETO POSITIVO E NEGATIVO E
ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA**

ESCALAS DE AFETO POSITIVO E NEGATIVO

Esta escala consiste de um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente:

1 - nem um pouco 2 - um pouco 3 - moderadamente 4 - bastante 5 - extremamente

- _____ aflito
- _____ amável
- _____ amedrontado
- _____ angustiado
- _____ animado
- _____ apaixonado
- _____ apreensivo
- _____ arrojado
- _____ assustado
- _____ chateado
- _____ cuidadoso
- _____ culpado
- _____ decidido
- _____ delicado
- _____ determinado
- _____ dinâmico
- _____ envergonhado
- _____ entusiasmado
- _____ estimulado

- excitado
- forte
- hostil
- humilhado
- impaciente
- incomodado
- inquieto
- inspirado
- interessado
- irritado
- medroso
- nervoso
- orgulhoso
- perturbado
- poderoso
- preocupado
- produtivo
- rancoroso
- tímido
- vigoroso
- zeloso

ESCALA DE SATISFAÇÃO DE VIDA

Logo abaixo, você encontrará 5 afirmativas. Assinale na escala ao lado de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

A minha vida está próxima do meu ideal.

Discordo Plenamente _1_2_3_4_5_6_7_ Concordo Plenamente

Minhas condições de vida são excelentes.

Discordo Plenamente _1_2_3_4_5_6_7_ Concordo Plenamente

Eu estou satisfeito com a minha vida.

Discordo Plenamente _1_2_3_4_5_6_7_ Concordo Plenamente

Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.

Discordo Plenamente _1_2_3_4_5_6_7_ Concordo Plenamente

Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.

Discordo Plenamente _1_2_3_4_5_6_7_ Concordo Plenamente

**ANEXO I. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM
CORPORAL**

Circule em que grau cada uma das alternativas se aplica a você:

1. Gosto do modo como apareço em fotografias

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

2. Tenho uma aparência tão boa quanto a maioria das pessoas

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

3. Gosto do que vejo quando me olho no espelho

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

4. Se eu pudesse, mudaria muitas coisas na minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

5. Gostaria que minha aparência fosse melhor

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

6. Gostaria de ter uma aparência semelhante a de outras pessoas

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

7. Pessoas da minha idade gostam da minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

8. As outras pessoas acham que eu tenho boa aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

9. Sinto-me feliz com minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

10. Sinto vergonha da minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

11. Minha aparência contribui para que eu seja paquerado

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

12. Acho que eu tenho um corpo bom

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

13. Sinto-me tão bonito quanto eu gostaria de ser

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

14. Tenho orgulho do meu corpo

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

15. Sou uma pessoa sem atrativos físicos

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

16. Meu corpo é sexualmente atraente

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

17. Gosto de minha aparência quando me olho sem roupa

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

18. Gosto da maneira que as roupas caem em mim

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

19. Estou tentando mudar meu peso

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

20. Estou satisfeito com meu peso

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

21. Sinto que meu peso está na medida certa para minha altura

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

22. Estar acima do meu peso me deprime

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

23. Estou sempre preocupado com o fato de poder estar gordo

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

24. Estou fazendo dieta atualmente

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

25. Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

ANEXO J. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

Discordo inteiramente (**DI**)

Discordo (**D**)

Eu não sei (**NS**)

Concordo (**C**)

Concordo plenamente (**CP**)

Itens	DI	D	NS	C	CP
1. Quando choro sempre sei por quê.					
2. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
5. Frequentemente fico “sonhando acordado” sobre o meu futuro.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7. Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por que e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15. Uso um bocado minha imaginação.					

16. Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					

