

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARESMarina Garcia Manochio-Pina^{1,2}, Alana Moreira Ganero¹
Lorena Ferreira Silva¹, Rosane Pilot Pessa²**RESUMO**

Estudos associam a prática excessiva de atividade física com transtornos alimentares (TA), como método compensatório para perda de peso rápido. O objetivo foi diagnosticar perfis de atividade física em mulheres atendidas no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP). A amostra teve oito mulheres com idades entre 18 e 54 anos, que aceitaram participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados aconteceu no ambulatório onde houve aplicação dos testes: IPAQ (Questionário Internacional de Nível de Atividade Física), ECE (Escala de Compromisso com o Exercício), estimativa da percepção e satisfação com imagem corporal na Escala de Figura de Silhueta, e exame bioimpedância, para análise da composição corporal. As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de normalidade de D'Agostino & Pearson. A média de IMC foi de $21,31 \pm 6,54 \text{ kg/m}^2$, relacionando à composição corporal apresentam-se bem hidratadas, (54,87%) do peso corporal era composto por água, massa muscular dentro das recomendações (74,62%) e gordura corporal próxima do limite máximo da recomendação (25,37%). Na satisfação da imagem corporal houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,0391^*$). O IPAQ demonstrou que 75% das pacientes foram caracterizadas com nível alto de atividade física, 25% com nível moderado, no ECE o score total obteve pontuação 40,9, não sendo classificado alto compromisso com o exercício. Conclui-se que este grupo não apresenta perfil de atividade física excessiva. Fazem-se necessários mais estudos para agregar novos valores sobre o perfil de atividade física nesse público.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Exercício. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Imagem Corporal.

ABSTRACT

Physical activity practice in women with food disorders

Eating disorders are disturbance in eating behavior. Patients generally use physical activity as a compulsive way to lose weight. This study aimed to identify the physical activity profile of female patients of the Group of Assistance in Eating Disorders at Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. The study sample was composed of eight patients between 18 and 54 years. After the patients signed the written informed consent, they were taken for the following tests: IQPA (International Questionnaire on Physical Activity), CES (The commitment to exercise scale), estimation of perception and satisfaction with body image through the Silhouette Figure Scale, furthermore electrical bioimpedance, to analyze body composition. Numerical variables were submitted to D'Agostino & Pearson's normality test. Of the results obtained, the mean BMI was $21.31 \pm 6.54 \text{ kg/m}^2$. They were well hydrated (54.87%), with muscle mass within the recommendations (74.62%) and body fat close to the maximum limit of the recommendation (25.37%). The patients are inaccurate and dissatisfied with the body image. The IQPA showed that 75% of the patients were characterized with high level of physical activity, and 25% with moderate level of, and the total score CES obtained 40.9 not being classified as high commitment with the exercise. It is concluded that this group does not present a profile of excessive physical activity, however, other studies are necessary in order to add new values and knowledge on the profile of physical activity in patients with eating disorders.

Key words: Feeding and Eating Disorders. Exercise. Anorexia Nervosa. Bulimia nervosa. Body image.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TA) são perturbações do comportamento alimentar, sua origem é multifatorial, acometem principalmente adolescentes e adultos jovens, principalmente do sexo feminino (90%). Segundo critérios de dados estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), esses transtornos ocorrem em 0,5% a 3% da população.

Os principais tipos de TA são anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Na AN, ocorre o medo mórbido de engordar com redução voluntária e drástica da ingestão alimentar levando à progressiva e desejada perda de peso, caquexia, inanição e não raro, a morte. A BN caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, ou seja, uma grande ingestão de alimentos com a sensação de falta de controle em um curto espaço de tempo (Cooper e Fairburn, 1993).

Outro tipo de transtorno é o Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE), com sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízos em vários âmbitos da vida do paciente, no qual as manifestações são leves ou inconclusas, desta forma elucida a dificuldade em fechar o diagnóstico de AN ou BN, porém o quadro pode apresentar possíveis alterações e evoluções (DSM-V, 2014).

A etiologia dos TA está relacionada a interações multifatoriais, com distribuições biológicas, genéticas, psicológicas, socioculturais e familiares (Kaye e colaboradores, 2000).

O tratamento deve ser aliado a uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, composta por no mínimo nutricionista, nutrólogo, psicólogo e psiquiatra, pois os sintomas são muito complexos e específicos com abordagens que Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação vão além do aspecto clínico (Teixeira, 2014).

O exercício físico pode atuar como um componente do tratamento de recuperação do peso no intuito de reduzir a ansiedade, elevar o humor e ajudar na alimentação de pacientes com TA, desde que o indivíduo não apresente nenhum outro tipo de quadro clínico que impeça a prática de exercícios, principalmente problemas cardiovasculares (Beumont e colaboradores, 1994).

O programa de exercício físico para esses pacientes deve ter como objetivos: promover a saúde por meio da educação e da prática regular de exercícios, enfatizar o cuidado com a saúde, com a imagem corporal e com autoestima; colaborar com a recuperação de peso, promovendo principalmente, ganho de massa magra; incentivar a prática de exercícios como uma alternativa social, desmistificar crenças e mitos referentes à prática inadequada (Beumonte colaboradores, 1994).

Entretanto, indivíduos com TA utilizam tais exercícios de forma compulsiva para perder peso, o método empregado é o compensatório, uma vez que eles tentam compensar a ingestão alimentar.

Diferentes autores descrevem a relação entre comportamento compulsivo e a prática de exercícios físicos nesses pacientes, porém, as características e definições ainda não são um consenso (Adkins e Keel, 2005; Davis e colaboradores, 1993; Mond e colaboradores, 2006; Peñas-Llédó, Leal e Waller, 2002; Smith, Wolfe e Laframboise, 2001).

Outro estudo relata que 75% das pacientes com AN utilizavam o exercício físico como método compensatório, já na BN este fato ocorria em apenas 33% dos casos (Kontić e colaboradores, 2010).

Desta forma o objetivo do estudo foi identificar o nível de atividade física de pacientes, do gênero feminino, em tratamento ambulatorial no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com pacientes do gênero feminino, maiores de 18 anos do GRATA-HCFMRP-USP, onde buscou-se o padrão de atividade física como método compensatório para a redução do peso corporal, avaliar o estado nutricional atual, e também os níveis de atividade física.

Primeiramente foi solicitada autorização e após a aprovação do GRATA e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) (176/11 59673516.5.0000.5495) da Universidade de Franca, as pacientes foram convidadas pessoalmente e individualmente

para participar do estudo, e aquelas que aceitaram foram conduzidas à uma sala isolada para responder os questionários, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram mulheres grávidas, portadoras de necessidades especiais e menores de 18 anos.

Os testes utilizados foram o Questionário Internacional de Nível de Atividade Física (IPAQ) (Craig e colaboradores, 2003), versão longa, utilizado para medir o nível de atividade física do indivíduo, validado por Matsudo e colaboradores (2001) para ser utilizado com a população brasileira.

O grau de compromisso com o exercício físico foi mensurado através Escala de Compromisso com o Exercício (Commitment Exercise Scale – ECE) proposta por Davis e colaboradores (1993).

É uma avaliação que visa diagnosticar o grau de compromisso do paciente com a prática de exercício físico, sendo ele de forma natural, patológico ou obrigatório. Este é caracterizado como uma escala analógica visual e foi aplicada a versão adaptada e traduzida por Teixeira e colaboradores (2001).

O escore total é obtido pela soma de resultados das oito questões, o valor total é dividido por oito, para se chegar à média, sendo o valor utilizado para diagnosticar o perfil do paciente. Quanto maior o valor da média, mais comprometido é o indivíduo com a prática de exercício físico (Weis, 2011).

A estimativa da percepção e satisfação com a imagem corporal foi investigada por meio da Escala de Figura de Silhueta, instrumento elaborado para a população brasileira por Kakeshita e colaboradores (2009).

A escala é formada por quinze silhuetas de adultos de cada sexo, em cartões individuais, começando da figura com a silhueta mais magra até a mais larga, com IMCs correspondentes de 12,5kg/m² a 47,5kg/m², com intervalos de 2,5kg/m² entre as silhuetas (Kakeshita e colaboradores, 2009).

Quanto aos dados antropométricos, as pacientes foram pesadas em balança eletrônica digital (Líder® P- 200M) no ambulatório onde acontecem os atendimentos, para aferir a estatura foi utilizado o estadiômetro acoplado à balança. Estes dados

foram utilizados para averiguar o Índice de massa corporal (IMC). Também foi realizado o exame bioimpedância e o equipamento utilizado foi o Quantum II®- Body Composition Analyzer-RJL Systems, para verificar porcentagem de gordura corporal, massa muscular e água. Esses procedimentos seguiram as orientações contidas no Manual do Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde (2004).

Análise Estatística

As variáveis numéricas foram caracterizadas pelos parâmetros descritivos média aritmética, desvio padrão, mediana e coeficiente de variação e foram submetidas ao teste de normalidade de D'Agostino & Pearson para definir a natureza paramétrica ou não-paramétrica dos testes de significância estatística a serem realizados.

Para melhor ajustar a normalidade dos dados foram suprimidos eventuais valores discrepantes calculados pelo teste de Chauvenet (Troiano e colaboradores, 2008).

Em função da normalidade das populações de origem de cada grupo amostral projetada pelo teste de normalidade, a comparação entre os valores médios de IMC atual, IMC com o qual os participantes se veem e o IMC desejado, foi utilizado o teste t de Student para a significância da diferença entre duas médias amostrais e as correlações entre as diversas variáveis quantitativas estudadas foram obtidas através do coeficiente de correlação de Pearson. Em todas as estatísticas o nível de significância pré-estabelecido foi de 5,0% ($\alpha=0,05$) e os cálculos foram executados no software GraphPad Prism 5,0.

RESULTADOS

No momento da coleta de dados, o GRATA contava com 16 pacientes em atendimento, porém apenas oito se enquadraram nos critérios de inclusão, e aceitaram participar.

A idade média das participantes foi de 30,88 ± 11,39 anos. O grupo apresentou 50% das pacientes diagnosticadas com AN, 37,5% com BN e apenas 12,5% foram identificados com TASOE.

As pacientes pesavam em média 55,82 ± 15,73kg, estatura de 1,63 ± 0,07 m, e

a média de IMC foi de $21,31 \pm 6,54 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia), sendo que 37,5% apresentaram desnutrição grave, 12,5% sobrepeso, e 12,5% obesidade.

A estimativa da composição corporal das integrantes do estudo, foi realizada por meio do exame de bioimpedância elétrica, ilustrada no gráfico 1.

Observa-se que as participantes se apresentaram bem hidratadas, com massa muscular dentro das recomendações e com gordura corporal próxima do limite máximo da recomendação.

Na Tabela 1 pode-se observar que as pacientes apresentaram IMC real inferior ao IMC atual, ou seja, as participantes superestimam seu tamanho real,

demonstrando uma percepção corporal inaccurada, entretanto não houve diferença significativa ($p=0,0803$).

Em relação à satisfação corporal, as pacientes apresentaram-se insatisfeitas com a imagem corporal (IMC Atual e IMC Desejado), pois desejam ter uma silhueta menor do que acreditam ter ($p=0,0391$).

Ao avaliar o nível de atividade física das participantes pode-se perceber que 75% delas foram consideradas com alto nível de atividade física, 25% moderado, segundo IPAQ versão longa.

Na tabela 2 pode-se observar que o maior tempo foi gasto em atividades físicas feitas em tarefas domésticas.

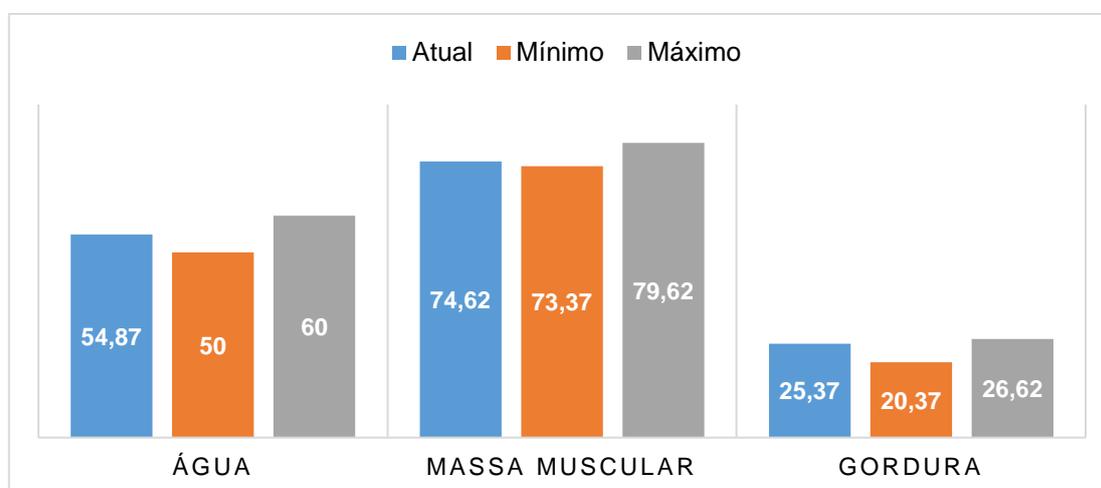


Figura 1 - Valores médios estimados da composição corporal (n=8), Ribeirão Preto-SP, 2017.

Tabela 1 - Valores do Índice de Massa Corporal (kg/m^2) real, atual e desejado de mulheres com transtornos alimentares (n=8), média e desvio padrão do grupo GRATA-HC FMRP-USP, Ribeirão Preto-(SP), 2017.

	IMC _R			IMC _A			IMC _D		
	Média ± DP	Mediana	CV	Média ± DP	Mediana	CV	Média ± DP	Mediana	CV
Geral	30,0 ± 11,35	32,5	37,8	21,3 ± 11,4	19,85	30,7	18,75 ± 6,12	17,5	32,6

Legenda: IMC_R = Índice de Massa Corporal Real; IMC_A = Índice de Massa Corporal Atual; IMC_D = Índice de Massa Corporal Desejado; DP= Desvio Padrão; CV = Coeficiente de variação; * significativo.

Tabela 2 - Valores de média (desvio padrão), em minutos por semana, das atividades físicas relatadas no IPAQ versão longa, nos diferentes domínios: no trabalho; nas tarefas domésticas; no lazer; a duração total de atividade física, e o tempo de uso em mulheres com transtornos alimentares (n=8), GRATA-HC FMRP-USP, Ribeirão Preto (SP), 2017.

Variáveis	n	Média (s)	DP
Trabalho	8	612,5	± 1.113,7
Tarefas Domésticas	8	1.074,3	± 892,1
Lazer	8	131,25	± 290,2
Meio de Transporte	8	551,25	± 974,4

AF Total 8 2.369,3

O score total da escala de compromisso com o exercício - ECE foi de $40,91 \pm 37,59$, e o valor médio foi de $5,12 \pm 4,71$. Foram correlacionados também os testes com a percepção e a satisfação da imagem corporal, e com os dados antropométricos, porém ambos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Com o objetivo de identificar o perfil de atividade física de pacientes do sexo feminino diagnosticadas com TA atendidas no GRATA-FMRP/USP, foram avaliadas oito pacientes com idades médias de $30,88 \pm 11,39$ anos.

Notou-se que 50% delas tinham diagnóstico de AN, 37,5% BN e 12,5% TASOE, Assunção e colaboradores (2002), também analisou a prática de atividade física em pacientes com TA e a média de idade encontrada foi de 24,34 anos com diagnósticos de 68% com bulimia nervosa, 27,7% anorexia nervosa e 4,3% de TASOE.

Segundo Davis e colaboradores (1993), que também avaliou atividade física em paciente com TA a idade média encontrada foi de $27,7 \pm 7,8$ anos com diagnósticos de 44,09% AN, 55,9% BN.

Solenberger (2001) em estudo com população semelhante encontrou as idades de $20,6 \pm 7,0$ anos e os diagnósticos foram de 57,7% AN, 14,07% BN e 23,11% TASOE.

Percebe-se assim que as idades foram semelhantes nos estudos e a prevalência de TA como AN e BN foi maior nos três estudos em relação aos TASOE.

Com relação à classificação do estado nutricional observou-se que a média do IMC das participantes do presente estudo foi de $21,31 \pm 6,54$ kg/m² corroborando com os achados de Assunção e colaboradores (2002) ($21,5 \pm 4,1$ kg/m²), percebendo-se assim que as pacientes de ambos os estudos se encontravam predominantemente eutróficas.

Em contrapartida nos estudos de Solenberger (2001) e Grave e colaboradores (2008) as médias de IMC encontradas respectivamente foram de ($17,9 \pm 3,7$ - $17,6 \pm 2,7$ kg/m²), evidenciando prevalência de pacientes diagnosticadas com desnutrição que praticavam alguma atividade física.

Em relação à composição corporal das participantes pode-se perceber que 74,62% do peso corporal delas era composto por massa

corporal magra, valores dentro da normalidade.

Completando a distribuição corporal, 25,37% do peso corporal das analisadas era composto por tecido adiposo, em relação à composição hídrica 54,87% do peso corporal era composto por água, evidenciando que as pacientes se encontravam no momento do estudo bem hidratadas.

Em relação ao peso em gordura o mesmo estudo averiguou que pacientes com TA tinham em média 7,9 Kg de tecido adiposo, em contrapartida pacientes do grupo controle tinham em média 14,8 kg do mesmo tecido, porém essa diferença pode ser explicada, uma vez que os IMCs médios do estudo citado eram $16,9 \pm 1,4$ kg/m², onde a predominância de pacientes desnutridas era bastante significativa.

Porém em relação à composição eletrolítica o estudo citado não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com TA e grupo controle.

A estimativa da percepção da imagem corporal do grupo estudado apresentou-se inaccurada, o IMC real mostrou-se menor do que o atual demonstrando assim que as pacientes tinham uma visão distorcida do próprio corpo, corroborando com os achados de Laus (2012) que comprovaram que 78,75% das participantes da pesquisa citada apresentaram-se inaccuradas em relação à percepção corporal.

Segundo Pina (2014) que estudou população similar, identificou que as pacientes também apresentaram inaccurácia em relação à estimativa da percepção corporal, onde o IMC real de pacientes anoréxicas e bulímicas eram respectivamente ($18,3 \pm 3,9$ - $25,4 \pm 6,2$ kg/m²) e o atual era de ($28,8 \pm 10,8$ - $33,9 \pm 8,2$ kg/m²), demonstrando assim que as pacientes superestimavam o próprio peso.

Em relação à satisfação corporal as pacientes do presente estudo também se apresentaram insatisfeitas, uma vez que elas tinham IMC desejado menor do que o IMC real, com desejo de cerca de 60% a menos de peso corporal do que realmente possuíam.

Mulheres que superestimam seu peso e sua forma corporal, apresentam-se mais decepcionadas em relação a sua composição corporal e são mais propensas a desencadearem e a apresentarem comportamentos de risco à saúde, como o uso de métodos compensatórios tais como a

prática de dietas restritivas, uso de laxantes e diuréticos, além da realização de exercícios físicos em excesso (Ministério da Saúde, 2004).

Ao analisar o perfil de atividade física realizada com o teste IPAQ, pode-se perceber que 75% das pacientes foram caracterizadas com o nível alto de atividade física, e 25% com o nível moderado, mesmo sabendo que somente 25% (n= 2) realmente praticavam exercício.

O que possibilita a percepção que para o IPAQ as pacientes realizam muitas atividades diárias, principalmente no âmbito doméstico.

Segundo Teixeira, 2014 foi possível perceber que atividades domésticas foram a principal atividade das pacientes e que essa execução é o que acusa no resultado do alto nível de atividade física, totalizando 88% do grupo de AN e 77 % do grupo de BN (Cash e Smolak, 2011; Kuchler e Variyam, 2003).

Sobre a Escala de Compromisso com o Exercício Físico (ECE), expressa que o grupo avaliado aponta baixo comprometimento com a prática de exercício físico, pois o resultado do score total obteve pontuação de 40,9, comparando a outros estudos essa pontuação é menor do que a encontrada na literatura.

Segundo Teixeira (2014) o resultado foi um escore total de 76,7 (35,5) e Weis (2013) apresentou o resultado de 79,54 ($\pm 19,84$) No artigo de Davis e colaboradores (1993), em que a escala é apresentada, não há uma recomendação sobre notas de corte para os escores.

CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que este grupo não apresenta perfil de atividade física excessiva. A aplicação dos testes IPAQ versão longa, e Escala de Compromisso com o Exercício Físico ECE, não apresentaram resultados significativos, onde o compromisso com o exercício foi baixo e o alto nível de atividade física pode ser explicado apenas por conta das atividades diárias.

Estudos que exploram a atividade física nos TA são muito carentes em países em desenvolvimento.

Faz-se necessário ainda investir em pesquisas com amostras maiores para poder alcançar dados estatísticos mais

representativos para então investigar os efeitos da prática dos TA.

REFERÊNCIAS

1-Adkins, E.C.; Keel, P.K. Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 38. Num. 1. p. 24-29. 2005.

2-American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington. American Psychiatric Association. 2013.

3-Assunção, S.S.M.; Cordás, T.A.; Araújo, L.A.S.B. Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 23. Num. 1. p. 4-13. 2002.

4-Beumont, P.J.V.; Arthur, B.; Russel, J.D.; Touyz, S.W. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposal for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 15. p. 21-36. 1994.

5-Cash, T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. IN Cash, T.F.; Smolak, L. editors. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. New York. The Guilford. p. 39-47. 2011.

6-Cooper, P. J.; Fairburn, C.G. Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 13. p. 385-389. 1993.

7-Craig, C.L.; Marshall, A.L.; Sjostrom, M.; Bauman, A.E.; Booth, M.L.; Ainsworth, B.E.; Pratt, M.; Ekelund, U.; Yngve, A.; Sallis, J.F.; Oja, P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 35. p. 1381-1395. 2005.

8-Davis, C.; Brewer, H.; Ratusny, D. Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 16. p. 611-628. 1993.

9-DSM-V. American Psychiatric Association. 2014.

10-Grave, R.D.; Calugi, S.; Doll, H.A.; Fairburn, C.G. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 15. Num. 1. p. R9-R12. 2013.

11-Kakeshita, I.S.; Silva, A.I.P.; Zanatta, D.P.; Almeida, S.S. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 25. Num. 2. p. 263-270. 2009.

12-Kaye, W.H.; Klump, K.L.; Frank, G.K.W.; Strober, M. Anorexia e bulimia nervosa. *Annual Review of Medicine*. Vol. 51. p. 299-313. 2000.

13-Kontić, O.; Vasiljević, N.; Jorga, J.; Jašović-Gašić, M.; Lakić, A.; Arsić, A. Presence of different forms of compensatory behaviours among eating disordered patients. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*. Vol. 38. Num. 5-6. p. 328-332. 2010.

14-Kuchler, F.; Variyam, J.N. Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing overweight. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. Vol. 27. Num. 7. p. 856-861. 2003.

15-Laus, M.F.; Kakeshita, I.; Costa, T.M.C.; Almeida, S.S. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 48. Num. 2. p. 331-346. 2002.

16-Matsudo, S.M.M.; Araujo, T.; Matsudo, V.R.; Andrade, D.; Andrade, E.; Oliveira, L.; Braggion, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista de Atividade Física & Saúde*. Vol. 6. Num. 2. p. 5-18. 2001.

17-Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2004. 118p.

18-Mond, J.M.; Hay, P.J.; Rodgers, B.; Owen, C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women.

Behavior Research and Therapy. Vol. 44. Num. 1. p. 53-62. 2006.

19-Peñas-Llédó, E.; Vaz Leal, F.J.; Waller, G. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 31. Num. 4. p. 370-375. 2002.

20-Pina, M. M. Transtornos alimentares: modelo e consenso cultural na alimentação. Escola de Enfermagem de São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

21-Smith, J.E.; Wolfe, B.L.; Laframboise, D.E. Body image treatment for a community sample of obligatory and nonobligatory exercisers. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 30. Num. 4. p. 375-388. 2001.

22-Solenberger, S. E. Exercise and eating disorders: a 3-year inpatient hospital record analysis. *Eating Behaviors*. Vol. 2. p. 151-168. 2001.

23-Teixeira, C.P. Perfil de atividade física em pacientes com transtornos alimentares. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

24-Troiano, R.P.; Berrigan, D.; Dodd, K.W.; Mâsse, L.C.; Tilert, T.; McDowell, M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and Science in Sports Exercise*. Vol. 40. Num. 1. p. 181-188. 2008.

25-Weis, A. Transtornos alimentares e variáveis Comportamentais relacionadas ao Exercício Físico. Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2013.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesse.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

1-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
(EERP), Universidade de São Paulo (USP),
Ribeirão Preto-SP, Brasil.

2-Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca-
SP, Brasil.

E-mail dos autores:

mamanochio@yahoo.com.br.

alanagraneo1@hotmail.com

lorennasilv65@gmail.com

rosane@eep.usp.br

Endereço para correspondência:

Marina Garcia Manochio.

Rua Oswaldo Gaspar, 1145.

Jd. Santa Lúcia,

Franca, São Paulo, Brasil.

CEP: 14403 006.

Fone: (55) (16)98111 4194.

Recebido para publicação em 15/12/2017

Aceito em 18/03/2018