

## TRATAMENTO DA COMPULSÃO ALIMENTAR RELACIONADA À OBESIDADE

Edilene Aves Pessoa Baldam<sup>1,2</sup>, Suzana Santos de Aguiar<sup>1,3</sup>,  
 Rafaela Liberali<sup>1</sup>, Francisco Navarro<sup>1</sup>

### RESUMO

Os transtornos alimentares estão diretamente relacionados ao alto índice de sobrepeso, obesidade e comorbidades associadas. A prática indiscriminada de dietas devido à preocupação constante com o padrão de beleza torna o desenvolvimento de Transtornos alimentares cada vez mais comum. Dentre os Transtornos alimentares destaca-se o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica que é um tipo de transtorno muito comum em pessoas com sobrepeso e obesidade, caracterizado pelo consumo excessivo de quantidade variável de alimentos num curto espaço de tempo. O objetivo deste trabalho é avaliar através de uma pesquisa bibliográfica o tratamento da compulsão alimentar e sua relação com a obesidade. Na análise de estudos, os transtornos mais observados foram em estudantes, amostra na maior parte das pesquisas, e também atletas e indivíduos escolhidos aleatoriamente. As pesquisas foram realizadas através da aplicação dos questionários Teste de Atitude Alimentar (EAT-26), Teste de Investigação Bulímica de Edingurgh (BITE), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Binge Eating Scale* (BES) e um que o autor utilizou questionário próprio. Um percentual significativo das amostras apresentou alterações no comportamento alimentar. Concluiu-se que é fator relevante na avaliação clínica dos indivíduos, a aplicação de questionários para identificação de Transtornos Alimentares, bem como a atuação da equipe multidisciplinar e intervenção da família no tratamento.

**Palavras chave:** Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno da compulsão alimentar periódica, Obesidade.

1 – Programa de pós-graduação lato sensu da Universidade Gama Filho em Obesidade e Emagrecimento

2- Graduada em Nutrição Universidade Santa Úrsula

3- Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense

### ABSTRATC

Treatment of compulsive eating related to obesity

The alimentary upheavals directly are related to the high index of overweight, obesity and comorbidities associates. Practical the indiscriminate one of diets due to constant concern with the beauty standard becomes the development of alimentary Upheavals each more common time. Amongst the alimentary Upheavals the Upheaval of Binge eating disorder is distinguished that it is a type of common upheaval very in people with overweight and obesity, characterized for the extreme consumption of changeable amount of foods in a short space of time. The objective of this work is to evaluate through a evaluate through a bibliographical research the treatment of the alimentary compulsion and its relation with the obesity. In the analysis of studies, the observed upheavals more had been in students, sample for the most part of the research, and athletes and individuals also chosen randomly. The research had been carried through through the application of the questionnaires Eating Attitudes Test (EAT-26), Test of Inquiry Bulímica de Edingurgh (BITE), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Scale of Binge eating* (ECAP) and one that the author used proper questionnaire. A significant percentage of the samples presented alterations in the alimentary behavior. One concluded that it is excellent factor in the clinical evaluation of the individuals, the application of questionnaires for identification of Alimentary Upheavals, as well as the performance of the team to multidiscipline and intervention of the family in the treatment.

**Key words:** Anorexia Nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder and Obesity.

Endereço para publicação:

e-mail: [suzananutricionista@oi.com.br](mailto:suzananutricionista@oi.com.br)

Av. Dr. Acúrcio Torres, 533

Piratininga – Niterói – Rio de Janeiro

24358-080

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença de difícil tratamento e elevada taxa de recidiva. Entre os obesos destacam-se o grupo dos comedores compulsivos, que representa em torno de 20 a 30% dos pacientes que procuram um tratamento para emagrecer. (Coutinho e Pova, 2006).

Os transtornos alimentares são fenômenos resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo. A prática de dietas representa um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) até 18 vezes maior (Souto, 2006).

O Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é um tipo de transtorno alimentar caracterizado por episódios de hiperfagia, e a quantidade de alimentos envolvida nestes episódios é variável, podendo ir desde quantidades um pouco superiores à ingestão habitual até proporções extremamente exageradas (Appolinário, 2006).

O estudo está caracterizado como uma pesquisa bibliográfica, delimitado nas variáveis relacionadas a Transtorno da compulsão alimentar periódica em obesos, analisados em livros, artigos impressos e on line, a partir do ano de 1999.

Portanto o objetivo do presente estudo é avaliar, através de uma pesquisa bibliográfica a relação do tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica em pessoas obesas.

## Obesidade

Pode ser definida como um estado de depósito excessivo de gordura e atualmente é considerado como um problema de saúde mundial devido ao crescimento em proporções epidêmicas. Inúmeras evidências mostram que a distribuição corporal de gordura no abdômen, mais do que a quantidade excessiva de gordura corporal é fator de risco para a morbidez e mortalidade cardiovascular. O padrão abdominal de distribuição de gordura está associado a alterações no metabolismo de carboidratos e de lipídeos, hipertensão abdominal e doença arterial coronariana (Halpern e colaboradores, 2006).

## Etiologia da obesidade

A etiologia multifatorial da obesidade propicia estudos da etiopatogenia e conseqüentemente abordagens terapêuticas diversas. Persiste bem definido, no entanto, o princípio termodinâmico onde uma maior ingestão de calorias em relação ao seu gasto ocasiona a obesidade. Esse desequilíbrio na homeostase pode ser desencadeado por um aumento da ingestão energética em relação às necessidades metabólicas normais, ou por uma taxa metabólica anormalmente baixa associada a uma ingestão energética normal ou em alguns casos até menor que o normal, gerando um acúmulo de energia sob a forma de gordura, além de outras anormalidades metabólicas, como hiperinsulinismo, dislipidemia, resistência periférica à insulina e doenças cardiovasculares. A obesidade não é só um importante fator de risco cardiovascular, mas também está associada a um aumento de até 10 vezes no risco de hipertensão arterial e favorece o desenvolvimento de cálculos biliares, de apnéia do sono, de diversos tipos de câncer (de endométrio, ovário e mama), de artrite gotosa e de osteoartrite (Rascovski e colaboradores 2000).

## Patologias associadas

A distribuição da gordura corporal especialmente à gordura abdominal ou o acúmulo de gordura na parte superior do corpo (obesidade andróide), tem sido mais intensamente associada à morbidade – mortalidade do que a obesidade da parte inferior do corpo (obesidade ginóide). A importância da distribuição de gordura corporal como um indicador de risco, demonstra que os indivíduos que são portadores de obesidade andróide tem maiores riscos de apresentarem patologias tais como diabetes mellitus, dislipidemias, patologias cardiovasculares e síndrome metabólica (Ribeiro, 1998).

## Transtornos alimentares

Embora os transtornos alimentares estejam cada vez mais envolvidos com a modernidade, esta anormalidade já era observada no século XVIII. Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos tem sido amplamente estudados nos últimos 30 anos.

São ainda descritos com transtornos e não como doenças por não se conhecer bem a sua etiopatogenia, mas sabe-se que a sua etiologia é multifatorial, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Estes transtornos podem ser classificados como: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (Claudino e Borges, 2002).

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma recusa alimentar que leva a caquexia. Diversos critérios operacionais foram propostos para a anorexia nervosa, a maioria englobando basicamente: comportamento visando a perda de peso e sua manutenção abaixo do normal, medo de engordar, distúrbio da imagem corporal e distúrbio endócrino, como a amenorréia (Appolinário, 2000).

Embora os critérios diagnósticos da anorexia nervosa não sejam a princípio alvo de grandes controvérsias, algumas considerações merecem ser feitas. Há certo consenso de que a perda de peso auto-induzida e necessária para o diagnóstico, porém a linha que separa o que seria minimamente normal e abaixo do peso não é tão clara, em parte, em virtude da inexistência de estudos que identifiquem o momento de instalação dos sintomas de inanição. Para padronização tem-se utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC = peso/ altura<sup>2</sup>) <17,5 (critério utilizado pela CID-10) ou percentual de adequação de peso inferior a 85% (critério utilizado pelo DSM-IV), considerando-se também a situação de pacientes em crescimento que apresentariam falhas em alcançar o ganho de peso esperado para o período (Ribeiro e colaboradores, 1998).

A Bulimia Nervosa refere-se a ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos e esta ingestão exagerada não visa apenas saciar a fome também exagerada mas atende a uma série de estados emocionais ou situações estressantes (Claudino e Borges, 2002).

Russel (1979) em artigo clássico foi o primeiro a definir e distinguir a bulimia nervosa como categoria independente da anorexia nervosa, propondo três critérios básicos: Impulso irresistível de comer excessivamente; evitação dos efeitos "de engordar" da comida pela indução de vômitos

e/ ou abusos de purgativos, e medo mórbido de engordar.

A bulimia nervosa parece ter evolução mais favorável que a anorexia nervosa, embora as pesquisas com bulimia nervosa ainda tenham pouco tempo de segmento. Os trabalhos indicam índices de recuperação total entre 50% e 70%, conforme seus períodos de acompanhamento aos o manejo terapêutico. Todavia, as taxas de recaída situam-se em torno de 30 % a 50 % (Guideline, 2000; Keel e colaboradores, 1999; Keel e Mitchel, 1997).

O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica consiste em um fenômeno complexo que vai muito além do ato de comer grandes quantidades de alimento. Isto também se relaciona com fatores internos e externos considerando fatores orgânicos, sociais e psicológicos. Neste caso de transtorno alimentar não há purgação como ocorre com a bulimia onde o indivíduo consome alimentos e os coloca para fora provocando vômitos ou utilizando outros métodos de purgação como, por exemplo, tomando laxantes (Appolinário e Claudino, 2000).

### **Patologias associadas**

São muito freqüentes os transtornos psiquiátricos comórbidos aos transtornos alimentares, sobretudo entre aqueles indivíduos que procuram tratamento. As patologias afetivas ocorrem em 52% a 98% dos pacientes, sendo o episódio depressivo maior e a distímia ou mais comum (50% a 75%). Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam entre 65% em anoréxicas e 36% a 58% em bulímicos, com predominância de fobia social e transtorno obsessivo compulsivo (TOC) respectivamente. Abuso de substâncias ocorre entre 30% a 37% na bulimia nervosa e entre 12% a 18% na anorexia nervosa. De 22% a 75 % dos pacientes com transtorno ansiosos também apresentam transtornos de personalidade, sendo os dos grupos B e C mais comuns na bulimia nervosa e os do grupo C mais freqüentes na anorexia nervosa (Guidline, 2000; Herzog e colaboradores, 1996).

As complicações clínicas nos transtornos alimentares são: Metabólicas e hidroeletrólíticas (hipocalemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia e hiperfosfatemia), hipoglicemia,

hipercolesterolemia, alcalose metabólica, acidose metabólica. Neurológicas (alargamento dos sulcos cerebrais, dilatação dos ventrículos, atrofia cerebral reversível); Oftalmológicas (catarata, atrofia do nervo óptico, degeneração da retina, diminuição da acuidade visual); Endócrinas (Síndrome do eutiroidiano doente, pseudocushing, amenorréia, oligomenorreia, diminuição da libido, infertilidade, atraso ou retardo do desenvolvimento puberal, osteopenia ou osteoporose); Gastrointestinais (esofagite, hematêmese, retardo do esvaziamento gástrico, constipação, prolapso retal, dilatação gástrica, alteração da função hepática, hiperamilasemia, hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares); Renais (cálculo renal, azotemia pré-renal, Insuficiência renal); Bucomaxilares e fâneros (Cáries dentárias, queilose, ressecamento cutâneo, pele fria, palidez, hipercarotenemia, calosidade nos dedos ou no dorso das mãos – Sinal de Russel, acrocianose); Pulmonares (Taquipnéia, bradipnéia, edema pulmonar, pneumomediastino); Hematológicas, Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia. (Leal e Cabral, 2002).

### **Compulsão Alimentar**

Estudos demonstraram variabilidades consideráveis no comportamento alimentar de comedores compulsivos tanto durante os episódios de compulsão alimentar como nos intervalos. Este comportamento foi descrito como caótico diferindo dos indivíduos portadores de bulimia nervosa e obesos sem transtorno da compulsão alimentar periódica (Grillo, 2002).

Além disso, a compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Alguns autores afirmam que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controle) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). Há um consenso geral no aspecto subjetivo da compulsão para seu diagnóstico, contudo há controvérsias em relação ao aspecto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão. Esta incerteza é refletida numa definição imprecisa da grandeza de um episódio de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é definitivamente maior do que a maioria das

pessoas comeria e, além disso, seu critério de duração também é polêmico (Stunkard, 2003).

Os portadores de transtorno da compulsão alimentar periódica apresentaram baixos relatos de dietas restritivas quando comparados a pacientes com bulimia nervosa, que alternam entre compulsões e restrições alimentares. Os episódios compulsivos variavam quanto à hora em que costumam ocorrer com perda de controle, a hora sem esta perda e/ou perda de controle sem o consumo de uma grande quantidade de alimentos (Grilo, 2002).

Diferentemente da bulimia nervosa, onde uma compulsão é claramente concluída por comportamento purgativo, no transtorno da compulsão alimentar periódica não há uma terminação lógica; conseqüentemente, a duração tem sido designada num período de duas horas, uma solução claramente insatisfatória (Stunkard, 2003).

### **Tratamento de a compulsão alimentar medicamentoso**

O tratamento farmacológico dos transtornos alimentares tem modificado nas últimas décadas. A aplicação de fármacos na anorexia nervosa baseia-se nas distorções da imagem corporal (que alguns autores consideram como uma forma de psicose), além dos sintomas de depressão e também nas alterações de apetite. Na bulimia nervosa o foco do tratamento medicamentoso é voltado para os episódios de compulsão alimentar e os sintomas comportamentais relacionados e no transtorno da compulsão alimentar periódica os objetivos do tratamento medicamentoso envolvem a remissão ou a redução dos episódios de compulsão alimentar, além do controle da obesidade e depressão associadas (Appolinário e Bacaltchuck, 2002).

Na anorexia nervosa, muitos medicamentos tem sido observados ultimamente nesta patologia, sendo que a maioria dos estudos é realizada na fase aguda da doença e que tem como foco principal o ganho de peso corporal. Até o momento, as drogas estudadas na Anorexia Nervosa em ensaios clínicos randomizados foram os antidepressivos (clomipramina, amitriptilina e fluoxetina), os antipsicóticos (pimozida, supirida) e outros agentes (ciproheptadina, lítio, tetra-hidro-canabiol, clonidina, natrexona, hormônio do crescimento, zinco e cisaprida).

É importante ressaltar que a maioria dos estudos avaliou apenas pacientes adultos, apesar da Anorexia nervosa iniciar-se frequentemente na infância e na adolescência. Desta forma, nem todos os resultados poderão ser generalizados a pacientes mais jovens (Borges e Medeiros, 2002).

Na bulimia nervosa, diversos medicamentos foram avaliados na bulimia nervosa, mas as drogas mais estudadas e frequentemente usadas são os antidepressivos. Duas metanálises existem comparando antidepressivos com placebo no tratamento da bulimia nervosa. Os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) foram os agentes avaliados. Os resultados dos estudos devem levar em conta várias limitações metodológicas, incluindo: amostras pequenas, altas taxas de abandono, com peso normal e idade superior a 18 anos e grande variação na resposta ao placebo. Antidepressivos são mais eficazes que placebo na redução dos episódios de compulsão alimentar e de manobras purgativas. A resposta parece ser semelhante para as diversas classes de antidepressivos; Apesar da redução nos sintomas ser importante (em torno de 60%) as taxas de remissão são de cerca de 20% em média, e muito variáveis (de 0 a 68%); As taxas de abandono são altas cerca de 35% dos pacientes demonstrando que o tratamento medicamentoso isolado não é bem aceito pelos pacientes. Algumas classes de antidepressivos podem ter efeitos adversos negativos tais como ganho de peso, boca seca, constipação, convulsões, dificuldade em seguir dieta, etc; Pacientes que não respondem a um antidepressivo podem responder a outro agente usado seqüencialmente o efeito em longo prazo das medicações ainda não foi estabelecido.

O tempo mínimo de tratamento é de 6 meses. Mesmo em médio prazo (4 – 6 meses) a interrupção precoce da medicação é acompanhada de recaída (30 – 40%). Se nenhuma resposta é observada em 8 – 12 semanas o tratamento pode ser considerado não eficaz. É importante observar fatores que possam causar falha terapêutica, como a não absorção completa do antidepressivo devido aos vômitos. Atores preditivos de resposta ainda não foram identificados. Presença de

depressão não é necessária para obtenção de resposta terapêutica com antidepressivos. O mecanismo pelo qual os antidepressivos exercem seus efeitos não é conhecido (Assumpção e Cabral, 2002).

No transtorno da compulsão alimentar periódica uma categoria diagnóstica muito recente, o conhecimento relativo a sua farmacoterapia ainda se encontra em estágio inicial. Algumas das informações sobre a eficácia terapêutica de agentes farmacológicos no transtorno da compulsão alimentar periódica derivam de estudos com pacientes portadores de bulimia nervosa do tipo não-purgativo. Apesar das limitações o tratamento farmacológico do transtorno da compulsão alimentar periódica é uma área que tem mostrado desenvolvimento promissor. O tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica deve levar em consideração vários aspectos da sua apresentação clínica tais como alterações de comportamento, as manifestações psicopatológicas associadas (sintomas depressivos e alterações da imagem corporal) e a obesidade. De maneira geral, grande parte dos agentes estudados evidenciam eficácia na redução da psicopatologia alimentar não acompanhada de perda de peso significativa. As medicações estudadas no transtorno da compulsão alimentar periódica incluem antidepressivos, naltrexona, agentes antiobesidade e topiramato. Os avanços recentes na pesquisa de novas abordagens farmacológicas para o tratamento da bulimia nervosa e do transtorno da compulsão alimentar periódica renovam as esperanças do surgimento de melhores tratamentos para os transtornos alimentares, inclusive para a Anorexia Nervosa que apresenta resultados desapontadores com a aplicação de fármacos levando-se em conta a gravidade desta condição clínica. Novas abordagens, enfocando basicamente a prevenção de recaídas com a fluoxetina e o uso dos novos agentes antipsicóticos estão sendo avaliadas (Appolinário e Bacaltchuck, 2002).

#### **Tratamento da compulsão alimentar não medicamentoso**

Os portadores de transtornos alimentares caracterizam-se por apresentarem quadros clínicos graves, desafiadores e que devem exigir atenção e dedicação do

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

profissional de saúde e das famílias destes pacientes. A equipe multidisciplinar é fundamental para que haja resposta positiva no decorrer do tratamento (Latterza e colaboradores, 2004).

O trabalho de equipe de saúde com os portadores de transtorno alimentar é árduo, desgastante e muitas vezes bastante longo, não somente para os profissionais como também para a família e as pessoas próximas destes portadores (Sicchieri e colaboradores, 2006).

Estes pacientes e suas famílias muitas vezes encontram-se com particularidades importantes tais como: não se perceberem doentes, são levados ao tratamento contrariados e na grande maioria das vezes quando o caso ocorre com adolescente há um conflito entre a família por acharem que eles são voluntariosos ou rebeldes (Souto, 2002).

Os portadores de Anorexia Nervosa quando chegam ao serviço buscando tratamento muitas vezes apresentam grau de desnutrição III classificada quando o IMC é menor que 15 kg/m<sup>2</sup>. Os casos diagnosticados como anorexia nervosa tipo bulímico da mesma forma, apresentam esta condição, porém de maneira menos acentuada e os portadores de bulimia nervosa tipo purgativa normalmente são eutróficos do ponto de vista antropométrico. Os pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam IMC maior do que os bulímicos, pois geralmente elas ingerem maior valor calórico do que as pessoas obesas sem compulsão alimentar (Guimarães, 2002).

As características dos hábitos alimentares são muito diversificadas e alteram-se com frequência, devido ao número enorme de restrições ou modismos alimentares e novas práticas para reduzir peso corporal divulgadas pela mídia ou por outros meios de comunicação (Field e colaboradores, 1997).

É importante observar que estes comportamentos geralmente são ocultados ou negados, quando interrogados pelo profissional de saúde num primeiro momento da avaliação. Estas informações começam a surgir a partir do momento em que ocorre a complicação no quadro clínico e as interrogações ocorrem novamente ou quando passada a fase inicial de avaliação, há o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o cliente (Souto, 2002).

A equipe multidisciplinar deve ser formada por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, endocrinologistas, enfermeiros e educadores físicos. Deve-se levar em consideração a inclusão de outras especialidades médicas caso seja necessário para combater as comorbidades. Para se estabelecer um diagnóstico preciso e recomendar o melhor tratamento possível, o clínico precisará reunir informações provenientes da entrevista clínica, de uma bateria de questionários e dos diários alimentares. Serão anexados alguns questionários de avaliação. Não esquecendo de que a avaliação é um processo dinâmico, esta deve ser repetida várias vezes durante o tratamento (Saikali e Soubhia, 2004).

Como os transtornos alimentares são doenças complexas, o tratamento efetivo deve contar com uma equipe de especialistas como já foi citado e o nutricionista é o único profissional qualificado para implementar a Terapia Nutricional, necessitando de formação especial e experiência na área, além de interação com os demais membros da equipe. Abaixo será demonstrado um modelo de registro diário alimentar. É uma técnica comportamental de automonitoração, na qual os sentimentos associados aquele momento também são registrados (Alvarenga e Larino, 2002).

**Tabela 1** - Modelo de diário alimentar

Data	Hora	Onde?	O que comeu e quanto	Compulsão Alimentar?	Purgação?	Sentimento associado

Fonte: Rev Bras Psiquiatr 2002; 24 (Supl III): 39-43

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

### Pesquisas de campo envolvendo compulsão alimentar e obesidade

Foram revisados, 10 artigos originais. Todos nacionais, publicados em revistas indexadas na área de psiquiatria, da educação física e da nutrição, como por exemplo: Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista de Nutrição, Revista de Psiquiatria Clínica. As palavras - chaves que serviram de busca na internet foram: Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

Os critérios de inclusão dos artigos foram que todos eles apresentavam pesquisas com grupos de diferentes padrões, mas que

buscavam a mesma resposta que era saber se o indivíduo estava ou não mantendo um hábito alimentar adequado e se ocorria concordância com a sua aparência em relação ao seu peso corporal demonstrando algum indicio de possível transtorno alimentar.

Dos 10 artigos coletados, todos se referem aos Transtornos Alimentares. Os estudos variam com indivíduos jovens e adultos, não há uma predominância de faixa etária. A especificação das amostras foi que dos 10 estudos, 1 foi analisado em atletas 7 foram realizados em estudantes e 2 em alvo aleatório, pois não tinham perfil de gênero ou idade ou de atividade física.

**Tabela 2** - Estudos analisados

Estudo	Número	Amostra Idade	Gênero	Protocolo Período	Questionário	Resultado
Vilela, 2004	1807	7 a 19	887 masc 920 fem	8 meses	EAT-26, BITE BSQ	59% alegam sobrepeso
Philipa, 2003	288	15 a 18	Fem	1 mês	EAT-26	21% demonstram Anorexia Nervosa
Vieira, 2006	101	_____	60 masc 41 fem	1 mês	EAT-26	52 % demonstram Bulimia Nervosa
Bosi, 2006	193	20 a 23	Fem	_____	EAT-26 e BITE	67 % apresentam alteração no comportamento alimentar
Russo, 2005	102	18 a 32	55 masc 47 fem	_____	Body Shape Questionnaire	57 % apresentam medo de engordar
Nunes, 2001	513	12 a 19	Fem	3 meses	EAT-26 e BITE	47,2 % apresentam risco de Transtornos Alimentares
Fiates, 2000	221	19 a 25	Fem	_____	EAT-26	26,17 % apresentam risco de Transtornos alimentares
Vitolo, 2005	491	17 a 55	Fem	6 semanas	ECAP	18 % apresentam Compulsão Alimentar
Appolinário 2005	2858	12 a 29	919 masc 1939 fem	5 dias	EAT-26 e BITE	26 % apresentam Compulsão Alimentar
Souto, 2006	7	13 a 52	Fem	1 dia	Questionário próprio	Todas apresentaram Histórico de sobrepeso ou obesidade

F – feminino M- masculino

BITE- Teste de Investigação Bulímica de Edingurgh.

ECAP- Escala de Compulsão Alimentar

EAT- Teste de Atitude Alimentar

BSQ- Body Shape Questionnaire

Entre os 10 artigos, 3 mencionam que o tratamento dos Transtornos Alimentares deve ser levado em consideração a terapia com equipe multidisciplinar e apenas 1

considera que a família deve fazer parte do tratamento do paciente (Dunker, 2003).

O tempo de cada estudo varia entre 5 dias a 8 meses. Os métodos utilizados foram questionários EAT (Teste de Atitudes

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

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

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Alimentares), BITE (Teste da Avaliação bulímica de Edimburgo), Questionário de imagem corporal (BSQ) e ECAP. Os 3 primeiros questionários são os mais utilizados segundo Cordas (1999).

A tabela 2 demonstra o resumo das características dos 10 artigos estudados.

### CONCLUSÃO

Devido à origem multifatorial dos transtornos alimentares são necessárias avaliações tais como mensuração do histórico alimentar através do uso dos questionários, aplicação e monitoramento da atividade física e da imagem corporal, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, educadores físicos, nutricionistas e de médicos para prescrição de fármacos adequados para cada necessidade e suas complicações. A inclusão da família além da equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com transtorno compulsivo alimentar periódico é de fundamental importância, pois uma vez diagnosticados e tratados os transtorno compulsivo alimentar periódico, a obesidade e suas comorbidades poderão ser minimizadas ou até mesmo sanadas trazendo uma qualidade de vida muito superior ao paciente.

### REFERÊNCIAS

- 1- Alvarenga, M.; Larino, M.A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 24. 2002. p. 39-43.
- 2- Appolinário, J.C.; Bacaltchuk, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 24. 2002. p. 54-59.
- 3- Assumpção, C.L.; Cabra, M.D. Complicações da anorexia e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 24. 2002. p.29-33.
- 4- Azevedo, A.P.; Santos, C.C.; Fonseca, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista De Psiquiatria Clínica*. Vol.4. Num.31. 2204. p. 170-172.
- 5- Biggett, F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test(EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto. 2003.
- 6- Borges, M.B.F.; Morgan, C.M.; Claudino, A.M. Validação da versão em português do questionário sobre padrões de alimentação e peso: Revisado para o rastreamento do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 4. Num. 27. 2005. p. 319-322.
- 7- Bossi, M.L.M.; Luiz, R.R.; Morgado, C.M.C.; Costa, M.L.S.; Carvalho, R.J. Autopercepção da imagem corporal em estudantes de Nutrição no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 55. Num. 2. 2006.
- 8- Claudino, A.M.; Appolinário, J.C. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 2. Num. 22. 2000. p. 28-31.
- 9- Claudino, A.M.; Borges M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 24. 2002. p. 7-12.
- 10- Cordás, T; Neves, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 1. Num. 26. 1999.
- 11- Cordás, T.A.; Claudino, A.M. Transtornos alimentares: Fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 24. 2002. p. 3-6.
- 12- Cordás, T.A.; Hochgraf, P.B. BITE: Instrumento para a avaliação da bulimia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 2. 1993. p. 141-144.
- 13- Cordás, T.A.; Castilho, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares- Instrumentos de avaliação: Body Shape Questionary. *Revista de Psiquiatria biológica*. V. 2. . 1994. p. 17-21.
- 14- Cordás, T.A.; Weinberg, C. Santas anoréxicas na história do Ocidente: O caso de Santa Madalena de Pazzi. Vol. 3. Num. 24. 2002. P. 157-158.
- 15- Cunha, L.N. Anorexia, bulimia e compulsão Alimentar. 1ª ed. São Paulo. Atheneu. 2008.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

- 16- Dunker, K.L.L.; Philippi, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescents com sintomas de anorexia nervosa. Vol. 1 Num. 16. 2003. p.51-60.
- 17- Fiates, R.M.G.; Salles, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. Revista de Nutrição. Vol. 14. 2001. p. 3-6.
- 18- Freitas, S.; Lopes, C.S.; Coutinho, W.; Appolinário, J.C. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol.4. Num. 23. 2001. p. 215-220.
- 19- Hay, J.P. Epidemiologia dos transtornos alimentares: Estado atual e desenvolvimentos futuros. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 3. Num. 24.. 2002. p. 13-17.
- 20- Melin, P.; Araújo, A.M. Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 3. Num. 24. 2002. p. 73-76.
- 21- Morgan, C.M.; Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Vol. 3. N. 24. 2002. p. 18-23.
- 22- Nóbrega, F.J. Distúrbios da nutrição: Na infância e adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro. Revinter. 2007.
- 23- Nunes, M.A.; Appolinário, J.C.; Galvão, A.L.; e colaboradores. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª ed. São Paulo. Artmed. 2006.
- 24- Nunes, M.A.; Olinto, M.T.A.; Barros, F.C.; Camey, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 1. Num. 23. 2001. p. 21-27.
- 25- Pinzon, V.; Nogueira, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica. Vol. 4. Num. 31. 2004. p. 158-160.
- 26- Ribeiro, R.P.P.; Santos, P.C.M.; Santos, J.E. Distúrbios da conduta alimentar: Anorexia e bulimia nervosas. Faculdade de Medicina Ribeirão Preto. Vol. 3. Num. 1. 1998. p.45- 53.
- 27- Russo, R. Imagem corporal: Construção através da cultura do belo. Revista Movimento e percepção. Vol. 5. Num. 6. 2005.
- 28- Saikali, C.J.; Soubhia, C.S.; Scalfaro, B.M.; Cordas, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Vol. 4. Num. 31. 2004. p. 164-166.
- 29- Scagliusi, F.B.; Polacow, V.O.; Cordas, T.A.; Coelho, D.; Alvarenga, M.S.; Philippi, S.T.; Lancha, J.R. Test-retest reliability and discriminant validity of the restraint scale translated into portuguese. Eating Behaviors. Num. 6. 2005. p. 85-93.
- 30- Scagliusi, F.B.; Polacow, V.O.; Cordas, T.A.; Coelho, D.; Alvarenga, M.S.; Philippi, S.T.; Lancha, J.R. Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translate into portuguese. Perceptual and Motor Skillis. Num. 100. 2005. p. 25-41.
- 31- Siqueira, K.S.; Appolinário, J.C.; Sichieri, R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. Vol. 27. Num. 4. 2005.
- 32- Souto, S.; Ferro-Bucher, J.S.N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Revista de Nutrição. Vol. 19. Num. 6. 2006.
- 33- Vieira, J.L.L.; Oliveira, L.P.; Vieira, L.F.; Vissoci, J.R.N.; Hoshino, E.F.; Fernandes, S.L. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do Estado do Paraná. Revista Maringá. Vol. 17. Num. 2. 2006. p. 177-184.
- 34- Vilela, J.E.M.; Lamounier, J.A.; Dellaretti Filho, M.A.; Barros Neto, J.R.; Horta, G.M. Transtornos alimentares em escolares. Jornal de Pediatria. Vol. 1. Num. 80. 2004. p. 49-54.
- 35- Vitolo, M.R.; Bortolini, G.A.; Horta, L.R. Prevalência da compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. Revista brasileira de Psiquiatria. Vol. 1. Num. 28. 2006. p. 20-26.

Recebido para publicação em 13/09/2008  
Aceito em 20/10/2008

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

## Anexo 1 Teste de atitudes alimentares - E A T-26

S M F F A V 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.  
 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 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 tem os alimentos que como.  
 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.  
 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 15. Vômito 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 2

Teste de investigação bulímica de Edimburgo - BITE

- Qual é a sua altura? \_\_\_\_\_
- Qual é o seu peso atual? \_\_\_\_\_
- Qual é o peso máximo que você já apresentou? \_\_\_\_\_
- Qual é o peso mínimo que você já apresentou? \_\_\_\_\_
- Qual é no seu entender, seu peso ideal? \_\_\_\_\_
- Você se sente em relação ao seu peso:
 

( ) muito gordo (a) (5) ( ) abaixo do peso (2)

( ) gordo (a) (4) ( ) muito abaixo do peso (1)

( ) médio (a) (3)
- Você tem períodos menstruais regulares?
 

( ) Sim ( ) Não
- Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?
 

	Todos Os dias	5 dias/ sem.	3 dias/ Sem.	1 dia/ Sem.	Nunca Sem.
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanche entre as refeições	1	2	3	4	5
- Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto a sua orientação?
 

( ) Sim ( ) Não

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

10. Você alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento?  
 Sim  Não
11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?  
 Sim  Não
12. Caso sim, descreva com detalhes:

1. Você tem um padrão de alimentação diária regular?  
 Sim  Não
2. Você segue uma dieta rígida?  
 Sim  Não
3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?  
 Sim  Não
4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?  
 Sim  Não
5. Você jejuou por um dia inteiro?  
 Sim  Não
6. Se já jejuou, qual a freqüência?  
 dias alternados(s) (5)  de vez em quando (2)  
 2 a 3 vezes por semana (4)  somente 1 vez (1)  
 1 vez por semana (3)
7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?
- | X dia             | Nunca<br>em quando | De vez<br>sem | 1x/<br>sem | 2 a 3 x/<br>sem | Diária/e<br>sem | 2 a 3 x/<br>sem | 5 ou + |
|-------------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|
| Tomar comprimidos | 0                  | 2             | 3          | 4               | 5               | 6               | 7      |
| Tomar diuréticos  | 0                  | 2             | 3          | 4               | 5               | 6               | 7      |
| Tomar laxantes    | 0                  | 2             | 3          | 4               | 5               | 6               | 7      |
| Vômitos           | 0                  | 2             | 3          | 4               | 5               | 6               | 7      |
8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?  
 Sim  Não
9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida?  
 Sim  Não
10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente?  
 Sim  Não
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?  
 Sim  Não
12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho?  
 Sim  Não
13. Você sempre pode parar de comer quando quer?  
 Sim  Não
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?  
 Sim  Não
15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito|?  
 Sim  Não
16. O pensamento de tornar-se gordo (a) o (a) apavora  
 Sim  Não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?  
 Sim  Não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?  
 Sim  Não
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?  
 Sim  Não

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto?  
 Sim  Não
21. Você é capaz de deixar comida no rato ao final de uma refeição?  
 Sim  Não
22. Você engana os outros sobre quanto come?  
 Sim  Não
23. Quanto você come é determinado pela fome que sente?  
 Sim  Não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?  
 Sim  Não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal?  
 Sim  Não
26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho?  
 Sim  Não
27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?  
 quase nunca (1)  1 vez por mês (2)  
 uma vez por semana (3)  2 a 3 vezes por semana (4)  
 diariamente (5)  2 a 3 vezes por dia (6)
28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?  
 Sim  Não
29. Se você come demais, você se sente muito culpado?  
 Sim  Não
30. Você já comeu escondido?  
 Sim  Não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais?  
 Sim  Não
32. Você se considera alguém que come compulsivamente?  
 Sim  Não
33. Seu peso flutua mais de 2,5 kg em uma semana?  
 Sim  Não

### Avaliação de resultados

#### 1. Escala de gravidade

1.1 Itens 6, 7, 27 = maior que 5\_ significativo  
 maior ou igual a 10 \_ grande intensidade

#### 2. Escala de sintomas

Itens 1, 13, 21, 23, 31 \_ pontua-se não  
 Outros itens \_ pontuam-se sim

#### 2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

2.3.2. Maior ou igual a 20 \_ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia.

2.3.3. Entre 10 e 19 \_ escore médio, sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

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

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

### Anexo 3

Questionário sobre a imagem corporal - BSQ

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação a sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo.

1. Nunca
2. raramente
3. Às vezes
4. Freqüentemente
5. Muito freqüentemente
6. Sempre

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

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

**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**

- 
- 17- Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6
- 18- Você deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
- 19- Você se sente excessivamente grande e arredondada? 1 2 3 4 5 6
- 20- Você já teve vergonha de seu corpo 1 2 3 4 5 6
- 21- A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
- 22- Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? 1 2 3 4 5 6
- 23- Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de controle? 1 2 3 4 5 6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? 1 2 3 4 5 6
- 25- Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? 1 2 3 4 5 6
- 26- Você já vomitou para sentir-se magra? 1 2 3 4 5 6
- 27- Quando acompanhada, você fica reocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num soa ou no banco de um ônibus)? 1 2 3 4 5 6
- 28- Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1 2 3 4 5 6
- 29- Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
- 30- Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1 2 3 4 5 6
- 31- Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1 2 3 4 5 6
- 32- Você toma laxantes para se sentir magra? 1 2 3 4 5 6
- 33- Você fica particularmente consciente do seu físico quando em Companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6
- 34- A preocupação c seu físico faz-lhe sentir q deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6